CENA 1 ZŁ 50 GR.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) | Styczeń 1951 | Nr 1



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

TREŚĆ

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) Styczeń 1951 Nr 1

ZJAZD SŁUŻBY ZDROWIA

ZJAZD AKTYWU SŁUŻBY ZDROWIA, jaki odbył się w Ministerstwie Zdrowia w dniach 25 i 26-XI-1950 r. zgromadził delegatów z całego kraju. Po uroczystym otwarciu Zjazdu, głos zabrał ob. Wiceminister Zdrowia, dr Jerzy Sztachelski, który wygłosił obszerny referat o Planie 6-letnim w służbie zdrowia.

Zobrazowawszy stan służby zdrowia w okresie przedwrześniowym, Wiceminister Sztachelski przeszedł do omówienia dotychczasowej pracy służby zdrowia i do rozpatrzenia jej braków i błędów. Mówiąc o błędach na odcinku gospodarki kadrami, dr Sztachelski powiedział między innymi:

„...Poważnym błędem było późne rozpoczęcie kształcenia felczerów, jak również późne przejście na masowe kształcenie pielęgniarek na 6-miesięcznych kursach. Było to rezultatem elitarnych tendencji i kurczowego trzymania się koncepcji opierania całości pomocy zdrowotnej na pełnokwalifikowanym lekarzu i pielęgniarce po 2-letniej szkole, choć prosta arytmetyka udowadnia, że ta droga skazałaby kraj na wieloletni deficyt w kadrach...

...Nie docenialiśmy w praktyce zagadnienia podnoszenia kwalifikacji fachowych instytucji służby zdrowia, szerokiego szkolenia nowych kadr specjalistów. Za mały mamy przyrost kadr specjalistów. Mała aktywność w tej dziedzinie może postawić nas wobec niebezpieczeństwa poważnego braku specjalistów w okresie, gdy podstawowe deficyty w kadrach lekarskich będą już zapełnione...“

NASTĘPNIE Dr Sztachelski przeszedł do omówienia dyrektyw 6-letniego Planu w służbie zdrowia, którego zadaniem jest zbudowanie na tym odcinku podstaw systemu socjalistycznego.

Realizacja tego zadania wymaga przede wszystkim rozwinięcia 3 podstawowych elementów służby zdrowia tj.: *kadr, instytucji* oraz *zaopatrzenia w leki i sprzęt.*

Mówiąc o *kadrach,* tym pierwszym z podstawowych elementów służby zdrowia, Dr Sztachelski mówi m. in.:

„...Wielkiej wagi zagadnieniem jest przygotowanie kadr pielęgniarskich. Przygotowanie fachowe i uspołecznienie pielęgniarki jest ogromnie ważnym czynnikiem w wielu dziedzinach pracy służby zdrowia. Praca pielęgniarki decyduje o wewnętrznym życiu zakładu leczniczego, o poziomie pielęgnacji, o trosce o chorego, o atmosferze wewnętrznej zakładu leczniczego. Pielęgniarka jest kluczowym i niezbędnym ogniwem w szeroko pojętej pracy

profilaktycznej. Pielęgniarka jest bliską pomocnicą lekarza, od której w dużym stopniu zależy wydajność jego pracy. Jest to poza tym najliczniejsza grupa pracowników fachowych służby zdrowia.

W r. 1949 mieliśmy 11.238 pielęgniarek, w tym po 2-letniej szkole — 2.500 i około 6.000 po egzaminie państwowym. Jest to liczba bardzo szczupła. Dla normalnego funkcjonowania służby zdrowia potrzebna jest *1 pielęgniarka na 500 mieszkańców, albo inaczej 2 pielęgniarki na jednego lekarza.*

Zadanie planu 6-letniego na tym odcinku sprowadza się do likwidacji olbrzymiego deficytu, istniejącego jeszcze dziś, poprzez rozwinięcie masowego szkolenia pielęgniarek.

W r. 1949 mieliśmy 20 szkół pielęgniarskich. W planie 6-letnim powiększymy liczbę szkół pielęgniarskich do 37 i osiągniemy w nich w r. 1955 — 6.340 uczennic. Taka ilość szkół nie potrafi rozwiązać deficytu kadr pielęgniarskich. Dlatego uzupełnimy 2-letnie szkoły pielęgniarskie 6-miesięcznymi kursami PCK, który został zobowiązany do uruchomienia przeszło 100 kursów i przygotowania w ciągu 6 lat 23.000 pielęgniarek, co łącznie z pracą szkół 2-letnich da przeszło 40.000 pielęgniarek.

Stoi przed nami zadanie, aby możliwie najszybciej pokryć deficyt i zlikwidować nienormalne warunki pracy służby zdrowia, aby w możliwie szerokim zakresie uruchomić szkolenie pielęgniarek w pierwszych latach 6-latki. Poza tym rozwiniemy *akcję szkolenia pielęgniarek drogą tzw. „przyuczania“ w toku pracy zawodowej* w szpitalach i innych zakładach. *Przed dyrektorami szpitali i ordynatorami oddziałów stawiamy zadanie podjęcia tej akcji i zorganizowania na swych oddziałach systematycznego szkolenia,* które pozwoli następnie po zdaniu egzaminu nadać i przyuczonym pielęgniarkom prawa, odpowiadające ukończeniu odpowiednich kursów i szkół.

Jeśli drogą masowego szkolenia krótkoterminowego pokryjemy deficyt, to 32 szkoły, z którymi zakończymy okres planu 6-letniego, wystarczy nam na stałe uzupełnianie zapotrzebowania, wynikającego z dalszego rozwoju służby zdrowia, jak też pokrywanie strat, jakie w toku pracy muszą wystąpić.

Postulat podnoszenia poziomu fachowego instytucji służby zdrowia nakazuje w pewnym zakresie rozwinąć specjalizację pielęgniarek. Odnosi się to przede wszystkim do *pielęgniarek pediatrycznych.*

Ogromne rozmiary szkolenia pielęgniarek narzucają konieczność szkolenia kadr instruktorek pielęgniarstwa. Dlatego zostanie rozszerzona *Szkoła Instruktorek Pielęgniarstwa w Warszawie,* która w okresie planu 6-letniego wyszkoli 500 instruktorek pielęgniarstwa.

Spośród obecnie pracujących pielęgniarek, około 3.000 są to pielęgniarki zakonne. Wiele z nich jest zdecydowanie negatywnie ustosunkowanych do obecnej rzeczywistości, agresywnie i fanatycznie narzuca praktyki religijne nawet niewierzącym, stwarza w szpitalu atmosferę domu pogrzebowego. W stosunku do tych nie będziemy się wahali i usuniemy je ze szpitali i naszych zakładów. Będzie to tym bardziej możliwe, że wzmaga się napływ pielęgniarek ze szkolenia masowego PCK.

Szczególną uwagę należy zwrócić na kliniki i oddziały szkoleniowe, których atmosfera oddziaływuje wychowawczo na przyszłe kadry pracowników fachowych. Konsekwentna laicyzacja tych zakładów jest jednym z warunków wychowania nowego typu pracownika służby zdrowia.

Rozszerzamy kadry personelu pielęgniarskiego drogą kształcenia *asystentek technicznych.* 6 szkół asystentek technicznych da w ciągu planu 6-letniego 1.030 nowych pracowników, którzy zasilą i pozwolą rozwinąć pracownie diagnostyczne wszelkiego rodzaju, co będzie ważnym elementem podnoszenia poziomu fachowego instytucji służby zdrowia.

Liczba *położnych,* których posiadamy w kraju 6.896 (dane z r. 1949) wzrośnie w ciągu okresu planu 6-letniego do 8.500, tj. 3,2 : 10.000 ludności. Wzrost ten będzie zapewniony zwiększeniem liczby szkół położniczych z 8 w r. 1950 do 10 w r. 1953. Jest to wzrost zadowalający, który pozwoli już w *II roku planu zagwarantować każdej gminie wiejskiej położną, a w końcu planu 6-letniego zwiększyć obsadę na gminie do dwóch położnych.*

Poważnym zagadnieniem jest poziom fachowy położnych. W okresie planu 6-letniego wysuwamy zadanie *radykalnego podniesienia poziomu zawodu położnej.* W związku z tym szczególnej troski będzie wymagało podniesienie poziomu szkół położnych, z drugiej zaś strony zostaną rozwinięte krótkoterminowe kursy doszkalające położne.

Reasumując: Liczba szkół personelu średniego wzrośnie z 38 w r. 1949 do 77 w r. 1955 z 14.375 uczniami i uczennicami. Liczba kursów krótkoterminowych wzrośnie do 100. Łączna liczba personelu średniego w r. 1955 wyniesie 57.600 osób. W ten sposób *zostanie dokonany zasadniczy przełom w dziedzinie kadr personelu średniego i osiągnięte warunki bliskie optymalnych.*

Poruszone problemy kadr dotyczyły przede wszystkim pracy nad zwiększeniem ich liczebności i podnoszeniem kwalifikacji.

Innym ważnym czynnikiem jest sprawa celowego, zgodnego z interesem społecznym wykorzystania kadr, sprawa gospodarki kadrami. Nierównomierne rozmieszczenie kadr w terenie, będące ciągle jeszcze poważnym zjawiskiem, będzie rozwiązane w okresie planu 6-letniego, przede wszystkim przez *planowe kierowanie do pracy młodzieży, kończącej uczelnie.* Jest to jedyna droga, która rozwiąże zagadnienie celowej i planowej sieci rozmieszczenia lekarzy i innych pracowników służby zdrowia..."

W dalszym ciągu Wiceminister dr Sztachelski przechodzi do omówienia dalszych elementów służby zdrowia, są to *zakłady* oraz *leki* i *sprzęt.*

Wyliczając dalej główne dziedziny pracy, Dr Sztachelski na pierwszym miejscu stawia *poprawę lecznictwa podstawowego dla najszerszych mas pracujących, poprawę lecznictwa ubezpieczeniowego i pomoc lekarską dla wsi.*

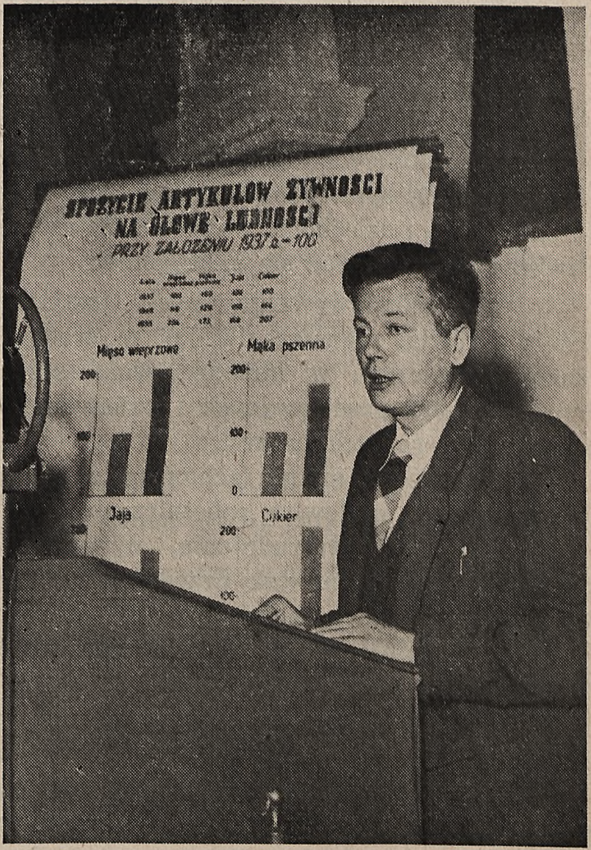
Przechodząc do drugiej grupy zagadnień, Wiceminister Zdrowia mówi *o zespoleniu pomocy otwartej i zamkniętej,* a następnie *o przeprowadzeniu dokładnej rejonizacji pomocy lekarskiej i podniesienia poziomu fachowego działalności zakładów służby zdrowia.*

W dziedzinie szerokich akcji społeczno-lekarskich na *pierwszym* miejscu w Planie 6-letnim służby zdrowia dr Sztachelski stawia OPIEKĘ NAD MATKĄ I DZIECKIEM, a dalej WALKĘ Z GRUŹLICĄ i SŁUŻBĘ SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNĄ.

Omawiając zadania służby sanitarno-epidemiologicznej, Wiceminister Zdrowia wymienia walkę z takimi chorobami społecznymi jak: choroby *weneryczne, rak, reumatyzm, choroby psychiczne i wole.*

Dr Jerzy Sztachelski stwierdza, iż olbrzymią pomocą w ustalaniu zasad pracy polskiej służby zdrowia jest sięganie po wzory Związku Radzieckiego w dziedzinie ochrony zdrowia.

Przechodząc do omawiania zasad pracy całej służby zdrowia, Wiceminister dr Sztachelski kładzie poważny nacisk na *klasową* linię jej działalności.



Wiceminister Zdrowia, dr Jerzy Sztachelski
(WAF)

„...Służba zdrowia, która kiedyś służyła w olbrzymiej większości tylko klasom posiadającym, ma obecnie za zadanie zdecydowanie przestawić swą działalność i zapewnić opiekę lekarską masom pracującym, budującym lepszą, socjalistyczną przyszłość naszego kraju, a przede wszystkim przodującej grupie klasy robotniczej — górnikom, a następnie robotnikom tworzącego się i rosnącego ciężkiego przemysłu.

To zadanie podkreślane jest już wielokrotnie przez Ministerstwo Zdrowia, jednak nie zostało dotychczas konsekwentnie zrealizowane, pozostaje niejednokrotnie w sferze uroczystych deklaracji, a nie zakorzeniło się, nie przeniknęło głęboko praktycznej działalności służby zdrowia.

Jest to ogromne zadanie, którego sensem jest nie tylko skoncentrowanie wysiłku służby

zdrowia na najbardziej twórczej części społeczeństwa, ale również oznacza ogromne rozszerzenie zadań służby zdrowia. Z klasowych zasad polityki Ministerstwa Zdrowia wynika konieczność szczegółowego zajęcia się lecznictwem ubezpieczeniowym, poprawą jego organizacji i poziomu oraz nadążanie za ogromnymi krokami idącym liczebnym wzrostem ubezpieczonych.

Linia klasowa musi przeniknąć działalność każdej dosłownie dziedziny służby zdrowia, nie tylko lecznictwa ogólnego, lecz również szerokich akcji społeczno-lekarskich, jak: opieka nad matką i dzieckiem, walka z gruźlicą itp. Powinna ona wyrażać się szczególnie:

— w rozbudowywaniu sieci instytucji służby zdrowia, zagęszczaniu jej w środowiskach robotniczych w mieście i wokół zespołów spółdzielni produkcyjnych i państwowych gospodarstw rolnych na wsi,

— w nasyceniu siłami fachowymi w pierwszej kolejności środowisk robotniczych,

— w polityce zatrudnienia, wyrażającej się w obsadzie stanowisk przede wszystkim w lecznictwie obsługującym zakłady przemysłowe, a następnie w lecznictwie ubezpieczeniowym,

— w systemie organizacyjnym pomocy lekarskiej, który ułatwiałby ludziom pracy korzystanie z usług instytucji służby zdrowia przez zbliżenie tych instytucji do warsztatów pracy i przez ustalenie godzin przyjęć odpowiadających pracującym,

— w nasileniu akcji profilaktycznych, przede wszystkim w środowiskach wielkoprzemysłowych, robotniczych,

— w szerokim udostępnieniu sanatoriów i uzdrowisk przede wszystkim robotnikom,

— w szerokim włączaniu się całej służby zdrowia do akcji o wielkiej doniosłości dla kraju, a mianowicie — walki o zniżenie absencji chorobowej przy pracy,

— w stosowaniu ulgowych opłat dla niezamożnej części wsi,

— w stworzeniu wokół instytucji służby zdrowia aktywu społecznego, składającego się przede wszystkim z robotników i chłopów, na których inicjatywie i aktywności instytucje służby zdrowia będą mogły opierać się w swej pracy,

— wreszcie przez stałe wychowywanie personelu służby zdrowia w duchu troski i szacunku oraz przyjaźni dla robotniczego pacjenta, przez stworzenie w zakładach służby zdrowia atmosfery, w której każdy robotnik i chłop będzie się czuł, jak w swojej instytucji, jemu służącej i o niego przede wszystkim troszczącej się..."

JAKO drugą zasadę pracy służby zdrowia w Polsce Dr Sztachelski wymienia oparcie całej działalności służby zdrowia na osiągnięciach postępowej nauki, ścisłe wiązanie postępów teorii medycyny z praktyką służby zdrowia.

Wymieniając następnie dalsze zasady pracy służby zdrowia, jak: kierunek profilaktyczny, zespołowość pracy, jej jakość i poziom, oparcie się o pomoc społeczeństwa, a wreszcie szerokie udostępnienie świadczeń służby zdrowia, Wiceminister przechodzi do omówienia właściwego stosunku do chorego:

„...Nie wszystko jednak da się ująć w cyfry i wskaźniki. W pracy służby zdrowia większą niż w innych dziedzinach odgrywa rolę stosunek do przedmiotu pracy — do człowieka, do społeczeństwa.

Rozbudowując służbę zdrowia, tworząc z niej wysokokwalifikowany i skomplikowany mechanizm, nie możemy ani na chwilę zapominać o tym, że mamy obowiązek osiągnąć również *wysoki poziom humanitarny, wysoką kulturą nacechowany stosunek do chorego.* Trzeba życzliwą troską o chorego przepoić cały aparat i wysokokwalifikowanych specjalistów, którzy muszą widzieć nie tylko ciekawy lub banalny przypadek chorobowy, lecz cierpiącego człowieka. Dotyczy to również personelu pielęgniarskiego, od którego w ogromnej mierze zależy poziom pielęgnacji, samopoczucie chorego i atmosfera zakładu leczniczego, administracyjnego i niższego personelu, których postawa i stosunek decyduje nieraz o losie chorego.

Nie ma takiej komórki w ogromnym mechanizmie służby zdrowia, w której postawa wobec chorego byłaby sprawą obojętną. Do instytucji służby zdrowia napływają teraz masy chorych, którzy nie tak dawno jeszcze nie mieli tam wstępu. Jest naszym zadaniem stworzyć w instytucjach służby zdrowia taką atmosferę, w której robotnik i chłop będzie się czuł jak w instytucji dla nich właśnie stworzonej i z trudu ich pracy utrzymywanej.

Walka o nowe *oblicze moralno-polityczne,* o nową postawę pracownika służby zdrowia, o nową treść społeczną służby zdrowia jest jed-

nym z głównych elementów rozwoju służby zdrowia w planie 6-letnim. Tylko wtedy nasze sukcesy w likwidowaniu deficytu kadr lekarskich i pielęgniarskich, w szkoleniu, prowadzonym z ogromnym rozmachem, będą pełne, jeśli nowe kadry będą świadomymi rzecznikami mas ludowych w służbie zdrowia, jeśli będą czuły się związane z walką i pracą klasy robotniczej, jeśli świadomie i z przekonaniem będą brały udział w budowaniu socjalizmu w naszym kraju. Dlatego wychowanie wszystkich pracowników służby zdrowia, jak również młodzieży w szkołach i na kursach, przyswojenie przez nich zasad rewolucyjnej nauki marksizmu-leninizmu, zaszczepienie przywiązania do Polski Ludowej i głębokiej i szczerej przyjaźni do Związku Radzieckiego, jest podstawowym i niezbędnym warunkiem powodzenia w pracy nad przygotowaniem kadr w planie 6-letnim.



Prezydium Zjazdu

(Foto AR)

Praca ta może być wykonana dzięki kierowniczej roli, ogromnej sile, wynikającej z jasności i konsekwencji stanowiska teoretycznego, oparcia w masach i bezgranicznej ofiarności i harcie Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej.

Pod kierownictwem naszej Partii — PZPR, będziemy wytrwale i nieustępliwie walczyli o pogłębienie i przyśpieszenie procesów przemian ideowych, zachodzących w służbie zdrowia.

Będziemy to zadanie realizowali przez:

□ *szczególnie staranny dobór kadr wykładowców i wychowawców w całym szkolnictwie służby zdrowia, ze szczególnym podkreśleniem zagadnienia asystentów na akademiach medycznych,*

□ *stałe podnoszenie poziomu ideologicznego i teoretycznego wydawnictw i czasopism fachowych, rozwijanie krytyki naukowej i zwalczanie wstecznych idealistycznych teorii i kosmopolitycznych tendencji,*

□ *szeroko rozwinięte, obejmujące dosłownie każdy większy zakład służby zdrowia, szkolenie teoretyczne, które miałoby na celu zwalczanie analfabetyzmu politycznego i zapoznanie z podstawami marksizmu-leninizmu,*

□ *dalsze umocnienie pozycji i roli wicedyrektorów w zakładach służby zdrowia i tą drogą stałego oddziaływania wychowawczego pracowników służby zdrowia,*

□ *uaktywnienie dołowych ogniw Zw. Zawodowego, który przede wszystkim jest powołany do rozwijania szerszej pracy propagandowej w naszym środowisku,*

□ *szersze stosowanie awansu społecznego,*

□ *zacieśnianie kontaktów i więzi współpracy między robotnikami przemysłowymi i pracownikami służby zdrowia...*"

DALEJ poruszając rolę Związku Zawodowego Służby Zdrowia w stałym uruchamianiu ogromnych zasobów energii i inicjatywy, jakie kryją w sobie liczne rzesze pracowników służby zdrowia, Dr Sztachelski mówi:

„...Ogromną rolę ma tu do odegrania najszersza, najbardziej masowa na naszym terenie organizacja — *Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia.* Sukcesy i tempo rozwoju służby zdrowia w dużej mierze zależą od rozmachu i inicjatywy tej masowej organizacji, od umiejętności mobilizowania przez nią szerokich rzesz pracowników służby zdrowia. Najściślejsze wiązanie pracy związkowej z zadaniami planu 6-letniego, podnoszenie poziomu pracy naszych instytucji, jest jednym z podstawowych zadań Zw. Zawodowego. Podjęta z inicjatywy Zw. Zawodowego i Ministerstwa Zdrowia akcja zwoływania na wzór przemysłu narad produkcyjnych, przyjęła się na terenie służby zdrowia. Trzeba ją rozwijać i szeroko wykorzystać jako dźwignię podnoszącą pracę naszych instytucji i szkołę wyszkolenia społecznego pracowników służby zdrowia, szkołę stosowania krytyki i samokrytyki, tej ważnej siły społeczeństwa socjalistycznego. Narady produkcyjne będą kluczem otwierającym dostęp do ogromnych, nieujawnionych rezerw,

tkwiących w naszych instytucjach, będą ważnym czynnikiem wypracowującym i wprowadzającym w życie słuszny, konieczny w służbie zdrowia system oszczędzania..."

Stawiając przed aktywem służby zdrowia zadanie przekroczenia planu 6-letniego, jako przyspieszenia realizacji idei socjalizmu, Wiceminister Sztachelski podkreśla znaczenie tego niezbędnego warunku powodzenia naszych wysiłków, jakim jest *pokój*. Wiceminister kończy swe przemówienie:

„...Dlatego powinniśmy stanąć w pierwszym szeregu walczących przeciwko najgroźniejszej przyczynie masowej klęski śmierci, chorób, kalectw i zniszczeń, przeciw wojnie i rodzącemu ją ustrojowi społecznemu — kapitalizmowi.

WALKA O PLAN 6-LETNI, TO ZWIĘKSZENIE NASZEGO POTENCJAŁU GOSPODARCZEGO, ZDROWOTNEGO, A WIĘC OBRONNEGO NASZEGO KRAJU. WALKA O PLAN, TO WALKA O POKÓJ. TO WALKA O SOCJALIZM!".

A. B.

Dr STANISŁAW BOBER

Nowe odkrycia nauki radzieckiej

OSTATNIE lata powojenne przynoszą nam coraz to nowe wiadomości o pracach naukowych i o osiągnięciach nauki radzieckiej.

Niedawno pisałem o słynnych pracach Filatowa i o nowej przez niego odkrytej metodzie leczenia, a mianowicie o leczeniu tkankami.

Wszyscy pamiętamy o wspaniałej sesji Akademii Nauk ZSRR w 1948 r. na temat sytuacji w biologii. Sesja ta zdemaskowała przestarzałe poglądy idealistyczne Weismana, Mendla i Morgana, i przyniosła zwycięstwo nauce Miczurina i Łysenki.

Niedawno odbyła się podobna sesja połączonych Akademii Nauk ZSRR i Akademii Nauk Medycznych ZSRR, która przyniosła nowe zwycięstwo ideom Pawłowa.

Z sesją tą wiąże się rozpowszechnienie teorii korowo-trzewnej (kortiko-wisceralnej) Bykowa.

W maju br. na wydziale biologii Akademii Nauk ZSRR omówiono wyniki i znaczenie prac LEPIESZYŃSKIEJ o bezkomórkowych formach życia.

Wreszcie olbrzymie zainteresowanie wywołała praca BOSZIANA „O naturze wirusów i drobnoustrojów".

WSZYSTKIE wymienione powyżej zdobycze świadczą o szerokim rozmachu i o wspaniałych wynikach tysięcy uczonych radzieckich, którzy w oparciu o materialistyczny światopogląd rozszerzają widnokręgi nauki i starają się wykorzystać go dla opanowania i przeobrażenia przyrody.

Wszystkie wymienione pozycje są jak gdyby słupami milowymi mierzącymi stały postęp nowej przodującej nauki, budowanej na zasadach materializmu dialektycznego, a jednocześnie są słupami milowymi, świadczącymi o zwycięstwach nad coraz to inną zastarzałą, zeskorupiałą teorią, hamującą swobodny rozwój myśli ludzkiej.

Dzisiaj chciałbym się zatrzymać nad powiązanymi ze sobą odkryciami w dziedzinie życia pozakomórkowego i zmienności drobnoustrojów, odkryciami, które zbliżają nas coraz to bardziej do poznania zagadki życia oraz do poznania jego prapoczątku.

BŁĘDNA TEORIA VIRCHOWA

Jedną z teorii, która w fatalny sposób zaciążyła na rozwoju nauki biologicznej i lekarskiej była *teoria Virchowa*, u podstaw której leżały następujące założenia: że każda komórka pochodzi tylko z komórki, że nie istnieje tzw. samorództwo komórek, że komórki obdarzone są specjalną „siłą życiową“ oraz że organizm jest sumą komórek. Według Virchowa komórki drogą mechanicznego podziału wytwarzały nowe generacje komórek, z których powstawały tkanki i narządy organizmu. Według tej teorii również musiała istnieć kiedyś „prakomórka“, która dała początek wszelkiemu życiu na ziemi.

W związku z tą teorią powstały nowe w innych dziedzinach nauki, jak naprzykład teoria Weismana—Morgana o tzw. stałości plazmy rozrodczej lub teoria o nieśmiertelności istot jednokomórkowych lub takie, jak naprzykład patologia celularna czyli komórkowa, według której nosicielem objawów chorobowych miała być komórka lub zbiór komórek „tworzących narząd“, co doprowadziło do traktowania procesu chorobowego jako sprawy zlokalizowanej, miejscowej.

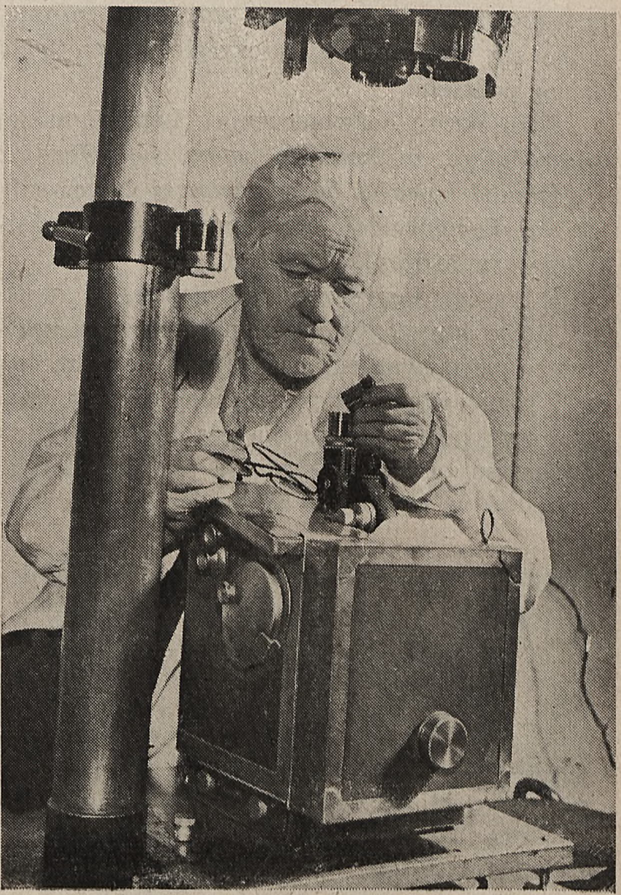
Ścisłe kanony teorii Virchowa w cytologii (nauka o komórkach) zamykały drogę badaczom, którzy ośmieliliby się wysunąć przypuszczenie o jakichkolwiek przemianach jakościowych komórki lub jakościowych przeobrażeniach organizmu pod wpływem warunków zewnętrznych. A już zupełnie nie do pomyślenia było twierdzenie o istnieniu życia poza światem komórki.

Trzeba było dopiero takich przeobrażeń w umysłach, jakich dokonał materializm dialektyczny, ażeby tymi zdawałoby się niewzruszonymi kanonami zachwiać.

BADANIA LEPIESZYŃSKIEJ

Wynikiem tych przeobrażeń umysłów była praca prof. *Olgi Borysówny Lepieszynskiej*, doktora nauk biologicznych i laureata Nagrody Stalinowskiej, która jeszcze w 1933 roku na podstawie własnych spostrzeżeń wysnuła wniosek, że komórka może powstawać nie tylko z komórki, ale również z materii nie posiadającej struktury komórkowej, z materii nie będącej komórką.

Od roku 1933 Lepieszynska skrzętnie i z uporem gromadziła materiał doświadczalny, nie zrażając się głosami krytyki ze strony zwolenników teorii Virchowa, nie zrażając się nawet drwiącymi lub napastliwymi słowami, skierowanymi pod adresem jej pracy. Wynikiem jej żmudnego długoletniego trudu było dzieło ogłoszone w 1945 roku pt. „Powstanie komórek z żywej substancji“.



Olga B. Lepieszyńska

(RBI)

W książce tej znajdujemy niezwykle ciekawy i wprost rewelacyjny materiał naukowy.

Najwymowniejszym przykładem z tego zakresu jest proces powstawania komórek z ziarnistości białkowych znajdujących się się w żółtku zapłodnionego jaja kurzego, ziarnistości dobrze widocznych pod mikroskopem, układających się w kuleczki nie posiadające budowy komórkowej, a uważanych za martwy materiał odżywczy jaja.

Co prawda dawniej spostrzegano dodatkowe komórki w żółtku zapłodnionego jaja, ale uważano je za odszczepione komórki zarodka, który

rozwijał się na granicy białka z żółtkiem. Lepieszynska jednak drogą cierpliwych i pomysłowych doświadczeń i przy pomocy współczesnych metod doświadczalnych w badaniach nad biologią komórki dowiodła, że komórki te nie mają nic wspólnego z komórkami zarodka, lecz wytwarzają się właśnie z wymienionych drobnych ziarnistości białkowych. Co więcej, komórki te, nowopowstałe z martwej jakby się zdawało materii, brały później udział w rozwoju zarodka i kurczęcia, rozmnażając się w późniejszym okresie swego życia drogą podziału.

Późniejsze doświadczenia Lepieszynskiej udowodniły, że *komórki mogą się odradzać z bezkomórkowej i bezpostaciowej żywej substancji komórkowej,* otrzymanej drogą zniszczenia, zmiażdżenia komórki.

Odkrycia Lepieszynskiej otwierają zupełnie nowe horyzonty przed naszym dotychczasowym pojmowaniem organizmu, jego rozwoju i różnorodności powstających tkanek. Musimy przypuścić, iż substancje bezkomórkowe w naszym organiźmie zdolne są do przetwarzania się w komórki i zdolne są do włączania się do przemian komórek. Pisze o tym zresztą Łysenko w 1945 roku w przedmowie do wspomnianej książki Lepieszynskiej: „W pewnych momentach rozwoju i życia organizmu lub jego oddzielnych narządów, komórka może powstać nie tylko z komórki, lecz również i z odpowiednich substancji, nie posiadających struktury właściwej komórkom".



Olga Lepieszyńska przy pracy w domu

(RBI)

Nic dziwnego, że Akademia Nauk ZSRR i Akademia Nauk Medycznych ZSRR uchwaliły (w czerwcu 1950 roku) rezolucję, która ocenia prace Lepieszynskiej jako wybitne odkrycie w nauce biologii, i która poleca wszystkim biologom i wszystkim lekarzom szeroko rozpracowywać zagadnienia związane z biologią komórek i badaniem pozakomórkowych przejawów życia.

Odkrycia Lepieszynskiej pozwalają na wyjaśnienie jakościowych przemian w powstawaniu nowych organizmów i nowych gatunków, na szersze ujęcie biologii miczurinowskiej, której podstawowe twierdzenie głosi, że żywe ciała tworzą się z substancji martwej, wybierając przy tym czynnie, aktywnie te substancje, które są im potrzebne. Stąd łatwe się staje wytłumaczenie różnorodności w powstawaniu nowych gatunków, zależnie od zmienionych warunków środowiska zewnętrznego.

BOSZIAN O ZMIENNOŚCI DROBNOUSTROJÓW

Równie ciekawie i równie przełomowo przedstawia się, wiążąca się z odkryciami Lepieszynskiej praca mikrobiologa *Bosziana,* poprzedzona zresztą licznymi badaniami uczonych radzieckich nad zmiennością drobnoustrojów.

Jego oryginalne ujęcie pewnych zagadnień współczesnej mikrobiologii pod kątem widzenia zmienności postaci bakteryjnych, przekształcania się wegetatywnych postaci bakteryjnych w wirusowe postacie przesączalne, a tych ostatnich w postacie krystaliczne i na odwrót, budzi powszechne zainteresowanie i pozwala na stworzenie nowych perspektyw przed mikrobiologią.

Podobnie, jak Lepieszynska, Boszian odrzuca celularną teorię Virchowa i uważa, że ogólnym prawem w świecie bakteryjnym jest *bezkomórkowa droga rozwoju bakteryj.*

Oryginalnie przedstawia się teoria odporności głoszona przez Bosziana. Według

niego istnieje tylko odporność czynna. Każda choroba, czy każda szczepionka lub surowica powoduje łączenie się wirusowej postaci danej bakterii z drobiną białka, która później posiada zdolność unieszkodliwiania nowowkraczających zarazków.

Skrzętnie nagromadzone przez mikrobiologów radzieckich fakty pozwalają przyjąć, że równolegle do zmian środowiska zewnętrznego powstają w drobnoustrojach zmiany wielkości, zmiany jakościowe, a nawet zmiany rodzajowe, że przesączalne postacie mogą się przekształcać w postacie wegetatywne, że w preparatach, które dotychczas uważane były za jałowe istnieją przesączalne postacie bakterii.

Dane, nagromadzone w pracach autorów radzieckich, pozwalają inaczej spojrzeć na powstawanie życia na ziemi.

Musimy przyjąć, że nie było i nie ma dotychczas ścisłej granicy pomiędzy przyrodą martwą a przyrodą żywą.

Musimy przyjąć, że powstawanie tworów o budowie komórkowej z substancji początkowo martwej poprzez bezkomórkową materię ożywioną miało miejsce nie tylko w odległych, zamierzchłych czasach, ale że odbywało się ono i odbywa się stale.

Tylko, że my nie dostrzegaliśmy tych zjawisk, nie będąc na ich dostrzeganie nastawieni ze względu na hamujące nasze logiczne myślenie wsteczne teorie w rodzaju virchowianizmu.

Już biologia miczurinowska, która opiera się na historycznym dialektyzmie, stwierdza, że w przyrodzie w każdym okresie, w każdej minucie odbywają się zjawiska budowy organizmów żywych z materii nieżywej, stwierdza, że procesy życiowe, to znaczy przekształcanie się martwego w żywe, stanowią jedność ciągłości i przerywalności.

NOWE HORYZONTY PRZED BIOCHEMIĄ

Obecnie po pracach Lepieszynskiej i Boszjana twierdzenia biologów-miczurinowców nabierają aktulności w naukach lekarskich, a zwłaszcza w biochemii.

Przed biochemią odkrywają się nowe horyzonty. Zostaje ona włączona w bezpośredni i główny nurt fizjologii, staje się nauką, na którą zwracają się oczy wszystkich pracowników medycznych, gdyż przed nią staje kluczowe zadanie dotarcia do granic życia i wyjaśnienia ich.

Wspaniałe odkrycia Lepieszynskiej i mikrobiologów radzieckich rzucają nowe światło na celowość badań nad syntezą połączeń białkowych. Pozwalają one na wytyczenie odpowiedniego kierunku w pracach nad sztuczną syntezą białka i na zaniechanie przypadkowości w poszukiwaniach. Odkrycia te kierują bowiem biochemików na drogę bezpośredniego badania żywej substancji bezkomórkowej, jej łańcuchów białkowych, kwasów nukleinowych i zaczynów.

Poprzez badanie żywej substancji bezkomórkowej, poprzez badanie krystalicznych postaci wirusów i samych wirusów zbliżymy się szybciej do poznania zagadki życia.

Połączenie współczesnych metod badania komórki, a więc hodowli tkanek, mikrochirurgii, komórki fotoelektrycznej, metody autograficznej (posiłkującej się izotopami promieniotwórczymi), mikroskopu elektronowego z odkryciami biochemików dadzą nam w końcowym wyniku poznanie istoty procesów fizyko-chemicznych, które my przyzwyczailiśmy się nazywać życiem.

Stanisław Bober

KAMICA NERKOWA

KAMICA nerkowa jest chorobą, która częściej występuje u mężczyzn, szczególnie będących w sile wieku, niż u kobiet, ale nieraz zdarza się także u dzieci oraz u starców.

PRZYCZYNY CHOROBY

Przyczyny powstawania kamieni w drogach moczowych nie są ostatecznie wyświetlone. Najprawdopodobniej mechanizm tworzenia się kamienia nerkowego zależy od zaburzeń stanu koloidalnego moczu, co powoduje wypadanie z niego soli. Gdyby jednak ten moment sam jeden decydował, kamienie występowałyby zawsze w obu nerkach jednocześnie, tymczasem znacznie częstsza jest kamica jednostronna. Widocznie, oprócz stanu koloidalnego moczu musi grać rolę także patogiczna krystalizacja soli moczowych wokół jakiegoś ośrodka, którym przeważnie bywa złuszczony nabłonek kanalików nerkowych, zlepek krwinek itd.

Istniejące w organizmie stany zakażenia lub stany zapalne również przyczyniają się do wypadania soli z moczu, gdyż drobnoustroje mogą powodować rozkład moczu i zmieniają jego odczyn, poza tym przyczyniają się one do zmiany charakteru koloidów przez drobne uszkodzenia nabłonka nerkowego, nie zawsze nawet dostrzegalne.

Wreszcie, zaburzenia czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego, zwłaszcza tarczycy i przytarczyczek, wpływają bądź to na procesy utleniania, bądź też na przemianę wapniową, które mają wyraźnie określone znaczenie w procesach wypadania soli z moczu.

Trudno orzec, czy różnica zawartości soli wapniowych w wodzie używanej do picia decyduje o częstości występowania kamicy w różnych okolicach. Natomiast w klimacie gorącym, kiedy znaczna ilość płynów paruje z ustroju przez skórę, a ilość moczu jest niewielka, niewątpliwie istnieją warunki do częstszych napadów tej choroby.

PRZYCZYNY NAPADU KOLKI NERKOWEJ

Przyczyny, powodujące bezpośrednio wystąpienie napadu, mają w większości przypadków charakter mechaniczny. Są to na przykład wstrząsy podczas podróży na wozie bez resorów, jazda konna, czasem jazda samochodem, koleją itp., a także powtarzające się gwałtowne ruchy tułowia, np. przy koszeniu, wiosłowaniu itp.

Czasem napad zjawia się po objawach zwiastunowych, w postaci tępego bólu w okolicy lędźwiowej, zwłaszcza przy zginaniu się, względnie w postaci drobnego krwiomoczu. Niejednokrotnie wszakże napad występuje wśród całkowitego zdrowia, nieraz nawet podczas snu. W 30—40% przypadków napady bólowe nie występują jednak w ogóle. Szczególnie ma to miejsce wówczas, gdy kamień umiejscowiony jest w miąższu nerki. Nasilenie objawów kamicy nerkowej zresztą nie zależy wcale od wielkości kamienia. Bardzo duże kamienie całkowicie unieruchomione i nie ulegające na skutek tego przemieszczaniu dają mniej objawów niż drobne kamienie, albo tzw. piasek.

Zasadniczą przyczyną napadu jest rozciąganie miedniczki nerkowej w związku ze zwiększeniem ciśnienia wewnątrznerkowego wskutek utrudnienia odpływu moczu. Stąd też kolkowy charakter napadu kamicy.

NAPAD KOLKI NERKOWEJ

Podczas kolki nerkowej na pierwszy plan wysuwa się niezwykle silny, rozdzierający ból w okolicy lędźwiowej, czasami wokół pępka, stopniowo obniżający się do dolnych części brzucha. Bóle są dość stałe, od czasu do czasu nasilają się jednak, powodując zazwyczaj jeszcze silniejsze jęki i niepokój chorego, który za pomocą częstych zmian ułożenia usiłuje uzyskać ulgę. Bóle takie promieniują w kierunku moczowodu, uda oraz jądra, względnie większej wargi sromowej. Towarzyszy im parcie na

mocz, często bez możności oddania moczu, a czasem nawet z odruchowym całkowitym *bezmoczem*. Niejednokrotnie występuje przy tym wzdęcie brzucha, wymioty, suchość w ustach, a także podwyższenie ciepłoty. Chory jest wyraźnie przerażony napadem kolki, ma twarz bladą, lekko siniczą, pokrytą zimnym potem. Tętno jest przyspieszone, słabo wypełnione, czasami nawet niemiarowe.

Po napadzie nie zawsze stwierdza się wydalenie kamienia, który utrudniał odpływ moczu. Już samo odsunięcie się kamienia, zatykającego wejście do moczowodu, może spowodować ulgę. Zazwyczaj po napadzie chory wydziela dużą ilość moczu, w którym stwierdzamy obecność krwinek czerwonych, a często i krwinki białe. Wstrząsanie okolicy nerki jest bolesne nawet w okresie między napadami. Kamienie mogą być różnej wielkości—od łebka szpilki do wielkości jaja kurzego. Skład ich bywa różny w zależności od soli, wypadających z moczu. Mogą więc one składać się ze s z c z a w i a n ó w, o szczególnie ostrych krawędziach, m o c z a n ó w czy też f o s f o r a n ó w lub w ę g l a n ó w. Inne kamienie spotykamy bardzo rzadko. Z biegiem czasu kamienie zalegające w nerce rosną wskutek odkładania się na nich nowych warstw soli. Wzrost kamieni nerkowych odbywa się jednak niejednakowo szybko. Węglany i fosforany rosną szybciej, inne zaś kamienie w ciągu wielu lat — tylko nieznacznie.

ROZPOZNANIE

Rozpoznanie jest pewne, jeśli po nagłym ustaniu napadu kolki stwierdzimy w moczu obecność kamienia. Jak już jednak wspominaliśmy, takie szczęśliwe zejście nie zawsze następuje. W rozpoznaniu często pomaga nam zdjęcie rentgenowskie. Na zdjęciu kamień może się uwidocznić w zależności od soli, z których on się składa. Najlepiej widoczne są kamienie szczawianowe i fosforanowe. W razie wątpliwości polecamy wykonać zdjęcie kontrastowe (pyelografię), a jeszcze lepiej — pyelografię wstępującą za pomocą wdmuchiwania powietrza, czyli pneumopyelografię, która daje obraz szczególnie kontrastowy.

Znajdujący się w nerce kamień przy ruchach ciała powoduje nieraz zranienia miąższu i krwiomocz, a jednocześnie w ten sposób przyczynia się do łatwiejszego powstawania *zakażeń dróg moczowych*. Stąd w przypadkach kamicy tak częste zapalenie miedniczek nerkowych z dreszczami, gorączką itd., co jeszcze bardziej zaciemnia obraz choroby.

Do powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z kamicą nerkową (poza wspomnianymi już — bezmoczem i zakażeniem dróg moczowych) należy także zatkanie moczowodu, powodujące *wodonercze*, a w przypadkach zakaźnych — *roponercze*. Poważne następstwa może mieć wtórne zapalenie i zniszczenie miąższu nerki wśród objawów zatrucia moczowego.

Czasami kamień po przejściu przez moczowód nie zostaje wydalony na zewnątrz, lecz zatrzymuje się w pęcherzu moczowym, gdzie może powiększać się i dać w końcu objawy kamienia pęcherzowego.

Jeśli w nerce tworzą się nowe złogi, napady będą się powtarzać po pewnym czasie nawet po odejściu kamienia.

LECZENIE

Jednym z najlepszych środków uśmierzających ból są gorące okłady na całą okolicę — od kręgosłupa do pępka i od łuku żebrowego do talerza biodrowego. Bardzo dobrze wpływa na chorego ciepła kąpiel o ciepłocie około 37°C lub nieco wyższej. W takiej kąpieli chory powinien siedzieć całą godzinę, przy czym dla utrzymania odpowiedniej ciepłoty należy od czasu do czasu ostrożnie dolewać gorącej wody. Skutkiem ciepła następuje zwolnienie skurczu naokoło kamienia i nieraz już podczas kąpieli następuje odejście moczu. W razie potrzeby można kąpiele powtarzać kilka razy na dobę w odstępach 5—6 godzin. Dla uspokojenia chorego poleca się preparaty bromu i kozłka.

Jeśli te środki nie odnoszą skutku, niektórzy uciekają się do wstrzyknięcia morfiny w dawkach 0,01—0,02. Czasami jednak morfina powoduje zatrzymanie kamienia w moczowodzie, dlatego też po niej występuje często zwiększenie się wymiotów. Polecamy więc w takich przypadkach dodać 0.001 atropiny. Wstrzykiwania takie można powtórzyć po upływie 6 godzin. Raczej unikamy morfiny i — w razie konieczności — zamiast niej dajemy pantopon, który rzadziej powoduje wymioty. Ze względu na łatwe przyzwyczajenie do preparatów makowca, do czego może dojść przy częstych napadach, jeszcze lepiej zamiast pochodnych makowca wstrzykiwać dożylnie cibalginę, albo nowalginę.

Zamiast wstrzykiwań — w łagodniejszych przypadkach, albo przy braku jałowych preparatów, można dać czopki, zawierające te same środki, lub lekarstwo doustnie.

Pożądane jest pozostawienie chorego w łóżku, w miarę możności w zupełnym spokoju. Wobec częstego powtarzania się napadów kolki nie pozwalamy wstawać wcześniej niż w 24 godziny po ustąpieniu bólu.

DIETA

Podczas napadu chory zazwyczaj nie otrzymuje w ogóle jedzenia ani napojów, poza niewielką ilością zimnego mleka. Po napadzie zaś leczenie dietetyczne ma poważne znaczenie. Przede wszystkim należy dawać pokarmy, które zawierają dużo witaminy A, jak masło, marchew, gdyż witamina ta zapobiega wypadaniu soli z moczu. Wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu, nie zawsze należy zabraniać spożywania mięsa, zależy to od chemicznego składu kamieni.

Przy kamieniach *szczawianowych* wykluczamy z jadłospisu pokarmy, które zawierają w dużej ilości kwas szczawiowy, względnie które przyczyniają się do jego wytwarzania się w ustroju, jak: szczaw, szpinak, pomidory, kakao, czekolada, śliwki, rzodkiewki. Ze względu na znaczną zawartość wapnia należy ograniczyć ilość mleka i jaj, gdyż szczawiany wypadają z moczu głównie w postaci szczawianów wapnia. Natomiast w tych właśnie przypadkach nie mamy podstaw do ograniczania ilości mięsa.

Nie ograniczamy również ilości mięsa, gdy kamienie składają się z *fosforanów wapnia.* W tych przypadkach w miarę możności wykluczamy z jadłospisu nabiał i ograniczamy warzywa, ziemniaki i większość owoców. Podajemy natomiast obok mięsa — pieczywo i tłuszcze oraz jagody i cytryny.

Znaczne ograniczenie, a nawet zakaz mięsa obowiązuje głównie przy kamieniach *moczanowych.* Szczególnie szkodliwe są zupy mięsne, wnętrzności (nerki, wątróbka, mózg), dziczyzna itp., a obok tego śledzie i drobne rybki, jak kilki, szprotki, to znaczy wszystkie pokarmy, które zawierają w dużej ilości ciała purynowe.

Jeśli zadaniem naszym jest wydalenie z nerki i jej miedniczek wytworzonych już drobnych kamyczków („piasku"), polecamy — przy zachowanej zadowalającej wydolności krążenia — pić do 6 szklanek wody mineralnej. Wyjątek stanowią kamienie fosforanowe, gdyż wobec alkalizującego działania wód mineralnych lepiej w ogóle ich unikać. Tam, gdzie chodzi o zadziałanie na ogólny stan koloidalny moczu, nie należy podawać ponad 2 szklanki wody mineralnej dziennie. Zamiast wody mineralnej poleca się niejednokrotnie picie wody destylowanej, która również wypłukuje piasek z nerek. Nie należy się jednak spodziewać, by woda ta rozpuściła kamienie już istniejące. Czasami bezpośrednio po napadzie kolki nerkowej dodaje się do wody 50 g gliceryny na dobę. Większe dawki mogą sprowadzić krwiomocz.

Dla zapobiegania zakażeniom podajemy przeważnie urotropinę w dawkach 0,3—0,5 kilka razy dziennie; można także dawać salol w tych samych dawkach. Zioła (Herba Herniariae, Folia Uvea Ursi, czy Herba Equisethi) służą raczej za pretekst do wprowadzenia większej ilości wody, aczkolwiek nie da się zaprzeczyć ich pewne działanie moczopędne oraz garbujące.

ZABIEGI

W niektórych przypadkach, kiedy powtarzające się napady kolki czy powikłania szczególnie dokuczają choremu i stanowią poważne niebezpieczeństwo, zmuszeni jesteśmy uciec się do zabiegu operacyjnego. Może to być 1) pyelotomia — przecięcie miedniczek nerkowych dla wyjęcia kamienia, zabieg prawie całkowicie bezpieczny; 2) nephrotomia — przecięcie miąższu nerki, które wolno wykonać jedynie przy braku infekcji, względnie przy małych kamykach (zabieg ten grozi wtórnym krwotokiem); 3) nephrektomia — wycięcie całej nerki. Ostatni zabieg jest bardzo poważny i uciekamy się do niego tylko w ostatecznej konieczności i dopiero po sprawdzeniu, że druga nerka zachowuje całkowitą wydolność.

Jakub Chlebowski

DANUTA PRZYBYLSKA
Instruktorka Szkoły Piel. nr 2, Łódź

Pielęgnowanie w kamicy nerkowej

DO schorzeń nerek, które często wymagają opieki pielęgniarskiej należy kamica nerkowa. W czasie napadu kamicy, inaczej mówiąc w czasie kolki nerkowej trzeba pacjentowi udzielić pomocy natychmiastowej.

Pielęgniarka obowiązana jest wezwać lekarza, który — po przebadaniu pacjenta — zalecić może szereg różnych zabiegów, bądź to wstrzykiwania podskórne, bądź też ciepłe okłady na okolicę nerek. Do ewentualnych wstrzykiwań należy mieć w pogotowiu morfinę, atropinę, papawerynę, pantopon itp.

POMOC DORAŹNA

Do wykonania okładu potrzebne są pielęgniarce następujące przedmioty: 2 kawałki miękkiej flaneli (takie, aby starczyły na okolicę nerek), ceratka odpowiednio duża, oraz większa opaska wielokońcowa. Do wyżęcia jednej warstwy flaneli z gorącej wody potrzebny jest również ręcznik. Dla zabezpieczenia skóry przed maceracją przygotowujemy na tacy obojętny tłuszcz, którym nacieramy lekko okolicę, gdzie ma spoczywać okład. Dodatkowo możemy zabrać z sobą termofor z dobrze ciepłą wodą, aby, po nałożeniu okładu, położyć go na okolicę lędźwiową.

Na tacy umieszczamy również miednicę z gorącą wodą i z tak przygotowanym zestawem idziemy do pacjenta.

Jedną flanelę maczamy w miednicy, dokładnie wyżymamy przez ręcznik i kładziemy na ceratkę, która spoczywa na „warstwie ciepłej" to znaczy na drugim kawałku flaneli. Należy pamiętać, że cerata musi być szersza od zwilżonej flaneli, którą nakładamy na natłuszczoną skórę. Przy nakładaniu opaski wielokońcowej myśleć musimy o tym, by niekrepować zbytnio pacjenta i nie utrudniać mu oddychania.

Dobrze nałożony okład uśmierzy ból, ciepło bowiem znosi skurcz mięśni obciśniętych dokoła kamieni, a czasami umożliwi choremu oddanie moczu, zatrzymanego na skutek obecności kamieni w drogach moczowych.

W czasie napadu kamicy nerkowej musimy pacjenta wygodnie ułożyć, wstrzymać podawanie pokarmów, czasem nawet — płynów, oraz zabezpieczyć całkowity spokój i ciszę.

Tak przedstawia się doraźna pomoc, jakiej pielęgniarka udzielić może pacjentowi w czasie silnych bólów.

LECZENIE

Następnym etapem leczenia kamicy nerkowej będzie leczenie po ataku — aby nie dopuścić do odkładania się nowych złogów w miedniczkach nerkowych. Trzeba tu zwrócić uwagę na ścisłe przestrzeganie diety zaleconej przez lekarza. Pielęgniarka musi wyjaśnić pacjentowi, że dieta ma w leczeniu jego cierpienia znaczenie decydujące; musi również porozumieć się z rodziną chorego, która często w najlepszej wierze podaje choremu takie produkty, jakich mu podawać nie wolno, bo mu szkodzą.

Do pielęgniarki należy również dokładne i punktualne podawanie leków zleconych przez lekarza. Będą to środki dezynfekujące drogi moczowe — salol, urotropina, oraz środki moczopędne.

BADANIE MOCZU

Pożądane jest, by do laboratorium odsyłać wyłącznie mocz cewnikowany, wtedy bowiem mamy pewność, że zmiany w moczu, jakie ewentualnie zostaną stwierdzone, zależą rzeczywiście od schorzenia wyższych dróg moczowych.

BADANIE UŁATWIAJĄCE WYKRYCIE KAMIENI NERKOWYCH

W celu zlokalizowania kamieni nerkowych, lekarz zleca przygotować pacjenta do *pustego zdjęcia* rentgenowskiego nerek. Przygotowaniem zajmuje się pielęgniarka. Przez 3 dni chory pozostaje na diecie, z ograniczeniem węglowodanów (szczególnie tych pokarmów, któ-

re zawierają błonnik). W ciągu tego czasu podaje się w celu „odgazowania“ przewodu pokarmowego po 12 tabletek węgla drzewnego (Carbo ligni) dziennie.

Drugiego dnia wieczorem wykonuje się wlew przeczyszczający. Trzeciego dnia po południu chory dostaje 15—20 g oleju rycynowego, wieczorem zaś tego samego dnia wykonuje mu się głęboki wlew przeczyszczający. Czwartego dnia rano, na pół godziny przed wykonaniem zdjęcia rtg., wlew powtarzamy.

Opisany wyżej sposób pozwala na dostateczne oczyszczenie przewodu pokarmowego. Na wykonanym zdjęciu nieraz widoczne już są cienie konkrementów (złogów).

W niektórych przypadkach lekarz zleca wykonanie zdjęcia nerek z kontrastem, czyli t. zw. *pyelografię*. Przygotowanie pacjenta jest zupełnie takie samo jak do zdjęcia pustego. 10 minut przed zdjęciem lekarz wstrzykuje dożylnie preparat kontrastujący, np. Joduron. Na zdjęciu kontrastowym cienie kamieni widoczne są lepiej.

Innym zabiegiem, pozwalającym stwierdzić kamicę nerkową, jest tzw. *pyelografia wstępująca*. Zabieg polega na tym, że lekarz wprowadza do pęcherza moczowego cystoskop, następnie — poprzez cystoskop — cewnik do moczowodu, a wreszcie przez cewnik wstrzykuje środek kontrastowy. Po wypełnieniu się kontrastem miedniczek nerkowych wykonuje się zdjęcie rentgenowskie, na którym uwidoczniają się kamienie.

W celu usunięcia kamieni nerkowych stosuje się czasem *kurację glicerynową*. Na zlecenie lekarza, leczenie tego rodzaju przeprowadza pielęgniarka. W ciągu trzech kolejno po sobie następujących dni, chory wypija na czczo 250 cm^3 wody z dodatkiem 50 g gliceryny. Dla poprawienia smaku można dodać nieco soku cytrynowego lub nalewki miętowej. Po wypiciu przykłada się choremu na okolicę lędźwiową gorący okład i pozostawia przez godzinę. Sposób wykonywania okładu opisany został powyżej.

Po zdjęciu okładu podaje się choremu do wypicia 1 litr herbaty, po czym pacjent powinien przechadzać się w ciągu ½—1 godziny. Po takiej kuracji częstokroć drobne kamienie zostają usunięte.

Stosując się do zleceń lekarza, d o k ł a d n i e i s y s t e m a t y c z n i e wykonując przepisane zabiegi, pomagamy w szybszej poprawie stanu zdrowia pacjenta, który prędzej powróci do pracy i normalnego trybu życia.

Danuta Przybylska

Mgr M. MORZKOWSKA

Wskazówki dietetyczne przy kamicy nerkowej

ZESTAWIENIE jadłospisu w okresie powtarzających się napadów kamicy nerkowej musi uwzględniać r e g u l o w a n i e p ł y n ó w, p o d a w a n i e p o k a r m ó w ł a t w o s t r a w n y c h o konsystencji papkowatej oraz unikanie potraw, mogących wywołać zaparcie lub wzdęcie. Dolegliwości te bowiem, mogą zwiększać bóle powodowane obecnością kamieni nerkowych.

Zestawienie jadłospisu po napadzie kamicy nerkowej zależne jest 1) od rodzaju kamieni, 2) od rodzaju i ilości płynów, jakie zaleca lekarz indywidualnie dla każdego przypadku.

Na ogół płyny zwiększamy, jeżeli nie ma przeciwwskazań ze strony serca.

Kamienie nerkowe — jak wiadomo — składają się z fosforanów, szczawianów, węglanów i moczanów. Zazwyczaj wszystkie te sole występują w kamieniach nerkowych równocześnie, z tym jednak, że jedne lub drugie mają przewagę.

Chorzy na kamicę nerkową z przewagą kamieni moczanowych (zresztą wypadki bardzo rzadkie) mają mocz kwaśny.

W kamicy fosforanowej mocz jest za mało kwaśny i wtedy stosować trzeba dietę kwasotwórczą.

Niektórzy autorzy twierdzą, że nadmiar składników alkalotwórczych (*zasadotwórczych — przyp. red.*) w pożywieniu jest etiologicznym podłożem kamicy nerkowej (zwłaszcza fosforanowej, to znaczy gdy kamienie te składają się z fosforanów magnezu i wapnia, względnie z węglanów).

RÓWNOWAGA KWASOWO-ZASADOWA

Zastanówmy się bliżej nad sprawą regulowania odczynu moczu przy pomocy diety. Wiadomo, że dla zachowania optymalnych warunków życiowych musimy dbać o zachowanie równowagi kwasowo-zasadowej. Wiele procesów przemiany materii doprowadza do powstawania w ustroju kwasów, a niezależnie od tego, wśród artykułów spożywczych wiele jest składników kwasotwórczych. Znacznie mniejsza liczba produktów żywnościowych posiada wartości alkalotwórcze, które by mogły neutralizować nadmiar kwasów i pozwoliły tkankom na zdobycie pewnych rezerw alkalicznych. Rezerwy alkaliczne nadają organizmowi prawdopodobnie większą żywotność, wtedy bowiem ustrój lepiej przeciwstawia się wtargnięciu bakterii, niż gdy przeważają w nim kwasy.

Główne elementy alkalotwórcze to: wapń, magnez, sód i potas. Wywierają one wpływ na pobudliwość nerwową, na nawodnienie i ciśnienie osmotyczne w komórkach. Gdy produkty zawierające siarkę lub fosfor utleniają się w organizmie, to w ustroju gromadzą się kwasy. Nadmiar zarówno kwasów jak i zasad wydala się z moczem.

Siarka i fosfor są składnikami pokarmów białkowych i dlatego na diecie obfitującej w białko (np. w jaja, mięso itp.) — mocz ma odczyn kwaśny, zaś na diecie jarskiej — zasadowy.

Nadmiar kwasów zwiększa wydalanie wapnia, zaś *nadmiar alkalii zwiększa wydalanie fosforu.* Na wydalanie kamieni szczawianowych odczyn moczu nie wywiera wpływu. Jakkolwiek sam wapń i fosfór nie odgrywają roli w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej, to jednak nadmiar kwasów lub alkalii może zwiększyć wydalanie tych składników.

Rezultatem spalania w ustroju tłuszczów i węglowodanów jest dwutlenek węgla i woda. Składniki te wydalane są przez płuca i nie wywierają wpływu na równowagę kwasowo-zasadową.

Produkty zawierające dużo węglowodanów mogą zawierać sporo składników kwasotwórczych (siarkę lub fosfor). Należą tu grube kasze oraz pieczywo, szczególnie z grubszego przemiału, i jedynie z tej racji wpływają na zakwaszenie ustroju. I odwrotnie, produkty, które posiadają często smak kwaskowy, jak np. pomidory, cytryna, porzeczki — mają działanie zasadowe, gdyż rezultatem spalenia kwasów organicznych, dających ten smak kwaskowy, jest dwutlenek węgla i woda (wydalane — jak wspomniano — przez płuca), zaś wśród składników mineralnych zawartych w wymienionych artykułach przeważają alkalotwórcze.

Większość produktów żywnościowych daje kwaśny odczyn moczu (produkty zbożowe, mięso, jaja), natomiast warzywa, owoce i mleko zawierają więcej składników alkalotwórczych (wyjątek stanowią brukselka, śliwki i borówki).

TRZY RODZAJE DIETY

W kamicy fosforanowej zmniejszamy ilość mleka, jarzyn i owoców, wprowadzamy natomiast bez ograniczeń brukselkę, śliwki i borówki. Dla zwiększenia witaminy A podajemy wątrobę, gdyż inne artykuły zawierające witaminę A dają odczyn alkaliczny.

Dla chorych z *kamicą moczanową i szczawianową* stosujemy dietę opartą o różnorodne potrawy łatwostrawne bez ograniczenia warzyw i owoców, oraz mleka.

W przypadku *kamicy moczanowej* unikamy tzw. podrobów oraz małych rybek (obfitujących w puryny, z których powstaje kwas moczowy). Witaminę A podajemy w formie karotenu (jarzyny żółte i zielone).

We wszystkich rodzajach kamicy po ustąpieniu ostrych napadów podajemy duże ilości płynów, a ograniczamy sól kuchenną. Zwiększamy ilość witaminy A z 3 mg do 6 mg dziennie.

W każdym wypadku zwracamy uwagę na sposób przyrządzania potraw, podajemy jedynie pokarmy lekkostrawne, przeciwdziałające zaparciu i wzdęciu.

JADŁOSPISY

Oto przykład jadłospisu w przypadku gdy lekarz zaleca dietę kwasotwórczą ze zwiększeniem ilości witaminy A i zmniejszeniem soli kuchennej.

Śniadanie —szklanka herbaty ze śmietanką lub 2 łyżkami mleka, czerstwa bułka z masłem, jajko w szklance z masłem;

obiad — krupnik, mięso gotowane lub pulpety z ryby, brukselka, 1 mały ziemniak, mus lub suflet śliwkowy;

kolacja — kluseczki z masłem lub kaszka na sypko z sosem koperkowym, herbata, chleb z pastą twarogową lub wątróbkową.

Uwaga: Dla dostarczania witaminy A pożądane jest podawanie wątroby w dowolnej postaci, jak również tranu.

Przykład jadłospisu w przypadku gdy lekarz zaleca dietę zasadotwórczą ze zwiększeniem witaminy A i zmniejszeniem soli kuchennej: zaraz po przebudzeniu się — sok z marchwi lub tarta marchew surowa, doprawiona jabłkiem lub cukrem, względnie bez tych dodatków;

śniadanie — czerstwe pieczywo z masłem, marmolada, mleko;

obiad — zupa jarzynowa, dorsz po grecku (obfitość jarzyn), ziemniaki, sałatka z kiszonej kapusty;

kolacja — sałatka jarzynowa mieszana z jabłkiem, ziemniaki, kompot lub surowe owoce.

Uwaga: Dla dostarczenia witaminy A zwiększamy porcje marchwi, zielonych jarzyn lub podajemy tran.

Przy wszystkich dietach tłuszcz i cukier nie wywierają wpływu na równowagę kwaso-wo-zasadową i dlatego podajemy te produkty w zależności od zapotrzebowania kalorycznego i ram budżetowych.

Maria Morzkowska

NIKA LISOWSKA

ŻYWIENIE CHORYCH W SZPITALU

Technika i organizacja żywienia chorych na oddziale z punktu widzenia pielęgniarskiego

Zarówno lekarze jak i pielęgniarki doceniają znaczenie racjonalnego żywienia chorych, natomiast pod względem organizacyjnym sprawa ta w naszych szpitalach bardzo często nie stoi na odpowiednim poziomie. Chory nie zawsze otrzymuje odpowiedni posiłek, chociaż wszyscy zdajemy sobie sprawę, jak ważne jest właściwe żywienie dla podtrzymania sił chorego i dla przebiegu choroby. W wielu wypadkach umiejętnie dostosowana dieta sama przez się jest lekarstwem na dane schorzenie, czasami zaś dieta, choć nie gra większej roli w przebiegu danej choroby, wywiera jednakże niewątpliwy wpływ na ogólne samopoczucie pacjenta, który — jak się to często zdarza — czeka na godzinę posiłku, jak na pewnego rodzaju urozmaicenie monotonii życia szpitalnego.

Dobrze odżywiony organizm, dobre samopoczucie chorego jest nierzadko czynnikiem decydującym w rozgrywce o życie. Na żywienie chorych w szpitalu musi być więc położony szczególny nacisk. Szpital, który sprawę tę traktuje jako rzecz podrzędną, nigdy nie wywiąże się należycie ze swoich zadań.

JEDNAKOWE DIETY DLA CAŁEGO SZPITALA

W szpitalu, gdzie znaczenie racjonalnego żywienia chorych jest we właściwy sposób doceniane, obok etatu kierowniczki kuchni, istnieje równorzędny etat dietetyczki. Konieczne jest wprowadzenie dla całego szpitala jednakowych diet, oznaczonych jednym numerem, jedną nazwą, a także — o czym będzie mowa

dalej — jednym kolorem sygnału dietetycznego. Rodzaje i ilość diet należy ustalić na wspólnym posiedzeniu z udziałem dyrektora szpitala, ordynatorów poszczególnych oddziałów, wicedyrektora, przełożonej, pielęgniarek oddziałowych, intendenta, kierowniczki kuchni i dietetyczki. Po dokładnym ustaleniu diet i poznaniu wymagań, stawianych przez lekarzy, kierowniczka kuchni wraz z dietetyczką ułożą szczegółowy jadłospis dla wszystkich rodzajów diet. Jadłospis musi być przedstawiony dyrektorowi szpitala i intendentowi, i po zatwierdzeniu — rozesłany na oddziały. Jeżeli przełożona lub pielęgniarka oddziałowa stwierdzi, że jadłospis w czymkolwiek uchybia zarządzeniom lekarskim, ma prawo i obowiązek reklamowania tego w kuchni.



Jadłospisy muszą oczywiście uwzględniać należne ilości kalorii i podawać wyliczenia kaloryczne — białka, tłuszczów i węglowodanów. W przyszłości szpitale otrzymają dla wszystkich rodzajów diet gotowe jadłospisy, przygotowane przez odpowiednie siły fachowe.

SPORZĄDZANIE ZAPOTRZEBOWAŃ NA PORCJE

Niesłychanie doniosła jest kwestia usprawnienia systemu kierowania zapotrzebowań na posiłki z oddziałów do kuchni, ponieważ w praktyce ilość wydanych porcji często nie pokrywa się niestety z ilością zapotrzebowanych, a nawet z liczbą chorych w szpitalu.

Dla wszystkich chorych nowoprzybywających powinna być jedna dieta, wtedy sprawa zaprowiantowania będzie znacznie uproszczona.

Podczas obchodu lekarskiego, w godzinach rannych, lekarz wyznacza dietę dla chorego, względnie zmienia dietę dotychczasową na inną. Pielęgniarka odcinkowa zlicza poszczególne diety na swoich salach (uwzględniając oczywiście zmiany) i podaje (na kartce) do wiadomości pielęgniarce oddziałowej. Ta podsumowuje całkowitą ilość, biorąc pod uwagę chorych wypisanych, wyszczególnia ilość potrzebnych w danym dniu diet i wysyła zapotrzebowanie do kuchni lub kancelarii szpitala na określoną godzinę (najlepiej do godz. 12 w południe). Jest to tzw. relewa, czyli zapotrzebowanie porcji na dzień następny. Każdego chorego, przybywającego po wysłaniu relewy, należy zaprowiantować przy pomocy dodatkowo wysłanej kartki (zawsze na tę samą dietę — lekką). Rano, przed śniadaniem, pielęgniarka oddziałowa wysyła dodatkową relewę, aby uzupełnić relewę, wysłaną dnia poprzedniego, bądź to przez dodatkowe zapotrzebowanie porcji dla chorych nowoprzybyłych, bądź to przez skreślenie porcji tych, którzy ubyli w ciągu dnia i nocy poprzedniej (licząc od godziny 12 w południe).

Wzór relewy.

Relewa zasadnicza na dzień 25.X.

20 diet ogólnych ,
10 „ lekkich
7 „ specjalnych
1 „ ścisła

Razem 38 porcji zapotrzebowanych na dzień następny dla 38 chorych. Dodatkowa relewa ranna uwzględni jeszcze np. zapotrzebowanie na 5 diet lekkich dla 5 nowoprzybyłych oraz skreślenie 1 diety specjalnej (niespodziany wypis lub zgon). W sumie z relewą zasadniczą otrzymamy:

20 diet ogólnych
15 „ lekkich
6 „ specjalnych
1 „ ścisłą

Razem 42 porcje dla 42 chorych, jacy rzeczywiście byli na oddziale w dniu 25.X. Relewa musi być zgodna z ruchem chorych.

W ten sposób zupełnie ściśle unormujemy wydawanie porcji.

Rano przed śniadaniem pielęgniarka oddziałowa musi skontrolować czy barwne sygnały na łóżkach chorych odpowiadają dietom, jakie na dany dzień zostały zapotrzebowane. Sygnałów nie zdejmuje się w ciągu dnia, podobnie jak nie zmienia się diet w ciągu dnia (lecz zawsze na dzień następny), aby nie wprowadzać zamieszania. Wprowadzenie barwnych sygnałów (tj. metalowa, kwadratowa tabliczka, o wymiarach 10×10 cm, pomalowana olejno na kolor danej diety i zawieszona na poręczy łóżka obok karty gorączkowej) ogromnie ułatwia pracę w czasie wydawania posiłków. W ten sposób unika się omyłek, ponieważ każdy, pielęgniarka czy salowa, widzi z daleka barwę sygnału i nie musi zaglądać do karty, względnie do notatek dla sprawdzenia co dany chory powinien otrzymać. Nie będą się więc zdarzać takie wypadki, że chory, który powinien otrzymywać dietę Karella, dostaje przez kilka dni np. pieczywo, ponieważ pielęgniarka nie odczytała z karty niewyraźnie zapisanego zalecenia...

Większość chorych otrzymuje dietę ogólną czyli zwykłą. Ta dieta nie wymaga specjalnego omówienia. Wspomnieć jednak wypada, że pożądane jest możliwie największe urozmaicenie posiłków, że posiłki należy podawać 4 razy dziennie, że należy zawsze uwzględniać odpowiednią ilość mleka, mięsa, chleba, surówki itp. Sprawa ta należy zresztą ściśle do obowiązków osoby prowadzącej kuchnię. Zestawienie diet ogólnych znaleźć można w jadłospisach rozesłanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Przy tej okazji chciałabym poruszyć kwestię „dolewek" dla chorych, czyli tzw. „repet", pożądanych zwłaszcza przez młodych mężczyzn, którym często nie wystarcza wyżywienie szpitalne. W praktyce jest to dodatkowa porcja zupy lub kawy, które kuchnia posyła na oddziały zazwyczaj w większej ilości.

Gdyby kuchnia gotowała ściśle według jadłospisu, nigdyby na dolewki nie starczało, ponieważ nawet porcja zupy ma z góry wyznaczoną potrzebną ilość wody. Przyjęło się jednak, że do kotła dolewa się na ogół więcej wody niż należy i w wyniku tego wszyscy chorzy jedzą zupę gorszą, bardziej rozwodnioną. Nie wolno dopuszczać do takiego stanu rzeczy ponieważ jedzenie powinno być treściwe, natomiast chorym domagającym się dolewki można przyznać dodatkową porcję pieczywa, którego zwykle bywa nadmiar, gdyż nie wszyscy chorzy (zwłaszcza kobiety) zjadają po kilka kromek.

ŻYWIENIE DIETETYCZNE WEDŁUG SCHEMATÓW

Żywienie dietetyczne według schematów pozostaje pod kontrolą specjalistki-dietetyczki. Mowa tu o diecie ścisłej, lekkiej, bezsolnej, beztłuszczowej itd. W kuchni szpitalnej powinna wisieć tablica, na której dietetyczka prowadzi dokładny wykaz ile jakich diet dany oddział na dany dzień zamówił.

A oto wzór:

WZÓR TABLICY DIETETYCZNEJ DLA ODDZIAŁÓW I KUCHNI DATA

Oddział	Dieta absolut. 0	Dieta ścisła I	Dieta lekka II	Dieta zwykła III	Dieta specjalna IV	Dieta płynna V	Dieta półpłynna VI	Dieta papkowa VII	Stan chorych
Chirurg.									
Wewnętrzny									
Położniczy									
Ginekologiczny									
Pediatryczny									
Zakaźny									
i t. d.									

UWAGI: Chorzy na czczo:
Dieta próbna

Wszystkie te diety muszą mieć szczegółowe jadłospisy, których nie wolno traktować według własnego widzimisię, lecz z jak najbardziej troskliwą starannością. Przyrządzenie choremu „bezsolnemu“ jedzenia tylko bez soli nie wystarcza. Trzeba pomyśleć, aby dieta nadawała się do spożycia i nie była dla chorego zbyt przykra.

INDYWIDUALNE ŻYWIENIE DIETETYCZNE

Indywidualne żywienie dietetyczne powinno należeć wyłącznie już do dietetyczki. Dotyczy to zarówno sposobu przygotowania, jak i dostarczania posiłków choremu. Najlepiej — jeśli to tylko możliwe — zastosować tu indywidualne tace, opatrzone kartką z nazwiskiem chorego i numeru diety.



Wchodzą tu w rachubę: dieta cukrzycowa, diety dla chorych na owrzodzenie żołądka (Sippi, Jarockiego i inne, wymagające podawania posiłków w krótkich odstępach czasu), wszelkie diety próbne i przyrządzane według specjalnych wskazówek lekarza.

Dietetyczka przestrzega sposobu przyrządzania diety, godziny podawania, ciepłoty posiłku itd.

TECHNIKA ŻYWIENIA

Technika żywienia odgrywa w szpitalu ogromnie ważną rolę. Od sposobu, w jaki się posiłki przesyła i wydaje na oddziały zależy przede wszystkim ciepłota jedzenia i punktualność. Szpitale o systemie pawilonowym są zazwyczaj w gorszym położeniu, ponieważ przewożenie strawy w termosach na wózkach powoduje zawsze opóźnienie wydawania posiłku i oziębienie pokarmu. Zdarza się jeszcze coprawda, choć trudno jest się z tym pogodzić, że... posiłki przenosi się na tacach z pawilonu do pawilonu.



Przy rozdawaniu posiłków pielęgniarka winna nakładać dodatkowo fartuch gumowy

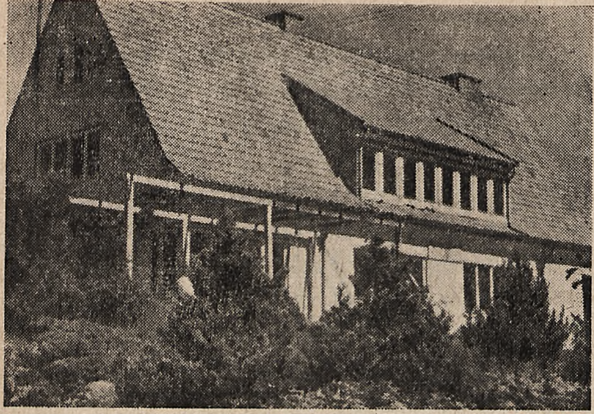
W szpitalu monoblokowym (mieszczącym się w jednym budynku — przyp. red.), najlepsze rozwiązanie stanowią windy kuchenne, którymi dostarcza się jedzenie wprost do kuchenek oddziałowych. Kuchnia szpitalna przesyła jedzenie w termosach, każdą dietę oddzielnie, zaopatrując termosy w kartki z wyszczególnieniem oddziału, nazwą diety (jej numerem) i ilością porcji, aby uniknąć pomyłek przy rozdawaniu.

Kuchnie szpitalne należy wyposażyć w dostateczną ilość odpowiednich naczyń, zwłaszcza termosów różnej wielkości, aby nie rozsyłać poszczególnych diet w czarkach lub kubkach, co pociąga za sobą konieczność dodatkowego podgrzewania, a tym samym opóźnia czas posiłku i wprowadza niepotrzebnie zamieszanie na oddziale.

Jest kwestią sporną czy każdy oddział szpitalny powinien mieć własne naczynia, czy też otrzymywać je do każdego posiłku z kuchni szpitalnej? W szpitalu monoblokowym najkorzystniej jest, by talerze i miski na obiad i kolację przysyłane były z kuchni ogólnej, gdzie istnieją lepsze warunki zmywania i odkażania ich. Natomiast sztućce i kubki stanowią zazwyczaj własność oddziału.

(Dokończenie nastąpi)

N. Lisowska



Okręgowy Ośrodek Zdrowia w Pogrodziu, pow. Elbląg
(PNFK Gdańsk)

PIGŁOWSKA IRENA
pielęgniarka Okr. Ośr. Zdr.
w Lipniku, woj. Rzeszowskie

PRACUJEMY NA WSI

Praca pielęgniarki na wsi jest znacznie trudniejsza, niż w mieście, wymaga bowiem obok wszechstronnego przygotowania zawodowego, również specjalnego podejścia do ludności wiejskiej, podejścia, które by uwzględniało odrębność psychiki tej ludności, z dawna zakorzenione przesądy i zabobony, niski poziom cywilizacyjny — wszystko skutki kapitalistycznej polityki okresu przedwojennego, stosowanej wobec wsi polskiej.

Ciasne i przeludnione mieszkania, antysanitarne i antyhigieniczne warunki bytowania, a nadto ciągle jeszcze dotkliwe trudności komunikacyjne oraz brak lekarzy i pielęgniarek...... Oto warunki wsi rzeszowskiej, specjalnie źle traktowanej przez rząd sanacyjny, warunki, które nie łatwo zmienić nawet przy dzisiejszym tempie prac nad poprawą bytowania ludności wiejskiej.

W mieście sprawa przedstawia się zupełnie inaczej. Tu znacznie łatwiej było rozwinąć sieć opieki lekarskiej; w mieście istnieją już żłobki, Domy Dziecka, ośrodki zdrowia, ambulatoria, szpitale, kliniki itp. W mieście również o wiele korzystniej przedstawia się sprawa oświaty sanitarnej — poprzez prasę, kino, odczyty, pogadanki itp.

Chociaż Rząd Polski Ludowej dąży obecnie do coraz większego rozpowszechnienia i zorganizowania opieki lekarskiej na wsi i chociaż w tej dziedzinie osiągnęliśmy bardzo wiele, to jednak wciąż jeszcze pozostaje dużo do zrobienia. Potrzeba nam przede wszystkim dużo lekarzy i pielęgniarek, aby móc chociaż częściowo zrealizować wielkie zadanie — stworzenie Ośrodka w każdej gminie wiejskiej.

Należy przede wszystkim pouczać społeczeństwo, aby ustosunkowywało się pozytywnie do nowych zamierzeń, zrozumiało dostatecznie ich znaczenie i współdziałało w tworzeniu nowych placówek służby zdrowia, w pierwszym rzędzie zaś takich, które by swą działalnością objęły opieką matkę i dziecko.

ORGANIZACJA I ZADANIA PORADNI „B"

Poradnia „B" na wsi obejmuje swą działalnością gminę wiejską i ma pod opieką wszystkie dzieci do lat 3, a więc przede wszystkim dzieci zdrowe. Dzieci chore również otrzymują pomoc w poradni, zaś w razie potrzeby skierowywane są do leczenia szpitalnego.

Poradnia „B" spełnia szereg zadań, prócz najważniejszych — leczenia i profilaktyki — również wielką rolę wychowawczą, co szczególnie ważne jest w środowisku wiejskim.

W czasie ostatniej wojny ludność naszego kraju poniosła olbrzymie straty. Dlatego też w obecnej dobie odbudowy i przebudowy Państwa Polskiego, kiedy zapotrzebowanie na człowieka jest coraz większe — opieka nad matką i dzieckiem jest jedną z najważniejszych trosk społeczeństwa.

Matka i dziecko są przedmiotem specjalnej troski Rządu Polski Ludowej. Chodzi o to, aby zwiększyć przyrost ludności i zmniejszyć umieralność wśród niemowląt. Osiągnąć to można przez zapewnienie dostatecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej. Zorganizowana opieka zdrowotna na wsi przyczyni się też w znacznej mierze do podniesienia kultury zdrowotnej.

ZADANIE WYCHOWAWCZE PORADNI DLA MATKI I DZIECKA

Zadanie wychowawcze poradni dla matki i dziecka to jedno z najważniejszych zadań tej poradni. Możemy je podzielić na dwie zasadnicze części:

a) wychowanie w poradni i
b) wychowanie poza poradnią.

a) wychowanie w poradni.

Zadanie to ciąży na pielęgniarce Pielęgniarka poradni „B", obok właściwej pracy zawodowej, spełnia niejako rolę nauczycielki. Uczy matki prawidłowego pielęgnowania niemowląt, zwalcza przesądy i krzewi zasady higieny; zachęca do korzystania z opieki poradni, tłumacząc, że dziecko powinno pozostawać pod opieką lekarską zawsze, a nie tylko wtedy, kiedy jest chore i zachodzi ku temu ostateczna konieczność.

W poradni matka dowie się, czy jej dziecko jest prawidłowo rozwinięte. Wskaźnikiem rozwoju jest nie tylko waga dziecka, ale również stan jego kośćca, mięśni, reakcja na otoczenie itp. Lekarz spostrzeże objawy grożącej choroby, które nie zwracają jeszcze uwagi otoczenia i zapobiegnie jej rozwojowi.

Jedną z najczęściej spotykanych chorób jest krzywica, której powstaniu sprzyjają złe warunki mieszkaniowe i nieprawidłowe odżywianie

dziecka. Należy uczyć matki, w jaki sposób zapobiegać chorobom, lub w razie jej zaistnienia, w jaki sposób dziecko odżywiać, aby osiągnąć lepszy skutek leczenia. Matka, widząc niedomaganie dziecka, chce mu pomóc i usiłuje je leczyć, robiąc różne próby, niekiedy bezsensowne, często nawet szkodliwe. Wiąże przyczynę choroby z różnymi przesądami, zwraca się o radę do starszych, rzekomo bardziej doświadczonych kobiet. Stąd biegunki, doprowadzające do wyniszczenia dziecka, ponieważ matka uważała niedomaganie za chorobę ząbków i czekała na ich wyrzynanie się. Zgłasza się więc do poradni zbyt późno.

Podobnie się dzieje, gdy chodzi o karmienie niemowlęcia. Matki często nie przestrzegają podanych im przez pielęgniarkę zasad, dotyczących sposobów ilościowego i jakościowego karmienia dziecka. W domu znajdą się ciotki czy babki, które przekonywują matkę takimi np. przykładami, że one swoje dzieci rozmaicie karmiły, a jednak je wychowały, wobec czego zbyteczne jest przestrzeganie stałych pór podawania posiłków. Matka, ulegając wpływom starszych, karmi dziecko nieregularnie. Każdą dolegliwość, na którą dziecko reaguje płaczem — tłumaczy głodem, więc „leci z piersią", mimo że dziecko niedawno było karmione. Niemowlę trochę się uspokaja, lecz za chwilę znowu płacze. Więc znowu powtarza się to samo, albo daje się mu na uspokojenie smoczek, który jest najczęściej brudny. Małoż to razy spadnie na ziemię, a matka podniesie, otrzepnie o fartuch, sama poliże i taki wsunie do buzi? Jest to jedna z najważniejszych przyczyn przenoszenia chorób zakaźnych. Grypa, angina, nieżyty dróg oddechowych, gruźlica — szerzą się tymi właśnie drogami.

Nierzadko na wsi spotykamy się z gruźliczym zapaleniem opon mózgowych u niemowląt. Przed kilku miesiącami był w naszym Ośrodku Zdrowia następujący przypadek: rodzice zgłaszają się z 6-miesięcznym dzieckiem. Jeden rzut oka wystarcza, aby ocenić, że niemowlę jest ciężko chore: blade, oczy zmętniałe, bez ruchu. Z wywiadu dowiaduję się, że dziecko choruje od kilku dni: wymioty, gorączka, brak apetytu. Mierzę temperaturę — 37,9.

Następnie lekarz bada dziecko i stwierdza zapalenie opon mózgowych, z podejrzeniem na TBC. Dalszy mój wywiad z rodzicami ma na celu wykrycie źródła zakażenia. Pytam matkę, czy w rodzinie nie choruje ktoś na płuca? Mowi, że nie. Czy w domu nie ma kaszlącej babki lub dziadka (ci ostatni są zawsze podejrzani o astmę, a nie rzadko chorują właśnie na „starczą" gruźlicę płuc). Mówi, że nie. Pytam dalej: a może przychodzi do was, jaki sąsiad chory na gruźlicę? Matka podaje, że przychodzili sąsiedzi, ale ona nie wie, czy wśród nich są chorzy na płuca. Następnie lekarz pyta: daleko mieszkacie od niejakiego Kielara? — A zaraz, po sąsiedzku — odpowiada ojciec. Czy ten sąsiad przychodzi do was? — Przychodził często — odpowiada ojciec, czasami razem handlujemy końmi. — No, to on leży teraz w szpitalu, bo ma gruźlicę płuc.

Tutaj należy się dopatrywać źródła zakażenia. Stan był bardzo ciężki i dziecko umarło. Okazuje się, że ten najlepszy przyjaciel ojca był nieświadomie zbrodniarzem, gdyż zabił najdroższą istotę — dziecko.

Takich wypadków jest więcej.

Obowiązkiem pielęgniarek pracujących w poradniach dla matki i dziecka, jest uświadamianie matek, aby takie wypadki nie powtarzały się. Musimy dołożyć wszelkich starań, aby matka wiejska umiała odpowiednio pielęgnować niemowlę, chronić je przed zakażeniem, począwszy już od pierwszych chwil życia.

Najważniejszą rzeczą dla prawidłowego rozwoju dziecka — jest odpowiednie odżywianie. Najlepszym pokarmem dla niemowlęcia jest pokarm matki, gdyż oprócz wszystkich składników odżywczych zawiera on ciała odpornościowe, zabezpieczające dziecko przed chorobami. Pielęgniarka w przychodni uczy matkę, jak należy karmić niemowlę, omawia częstość posiłków, zwraca uwagę, że karmić należy raz z jednej, raz z drugiej piersi. Przed karmieniem pierś obmyć, a po karmieniu brodawkę osuszyć, aby uniknąć pękania. Uczy matkę, że w czasie karmienia powinna dbać o stan swojego zdrowia, gdyż jej zdrowie jest warunkiem zdrowia dziecka.

Do dalszej nauki należy zawijanie dziecka. Matka przynosi zazwyczaj do naszej poradni niemowlę nieodpowiednio zawinięte. Cerata lub guma owinięta naokoło tułowia dziecka. Uczę matkę, pokazuję jej, jak powinno wyglądać prawidłowe zawinięcie niemowlęcia. Mówię, że złe zawijanie sprzyja powstawaniu odparzeń ciała, potówek, czyraczności, a nawet pęcherzy, że może doprowadzić do przegrzania dziecka.

b) praca wychowawcza poza poradnią.

Praca wychowawcza poza poradnią należy do zadań pielęgniarki społecznej odwiedzającej podopiecznych. Pielęgniarka społeczna uczy matkę, jak kąpać niemowlę, o częstości i czasie trwania kąpieli. Panuje na wsi przesąd, że dziecka nie można kąpać, gdy jest chore, gdy ma biegunkę, albo gdy kaszle, lub gdy ma pryszcze... W ten sposób nie kąpie się dziecka tygodniami. Jest to duży błąd, z którym trzeba walczyć. Jedynie w razie ciężkiej choroby za zgodą lekarza można przerwać kąpiele. Czasami widuje się na główce dziecka tzw. „ciemieniuchę". Jest to po prostu brud, pot i łój. Matki boją się zmywać, mówiąc, że chorobę wpędza do wewnątrz. Obowiązkiem pielęgniarki jest nauczyć matkę, że ciemieniuche należy leczyć, a przesąd — zwalczać.

Bardzo ważną sprawą w pielęgnowaniu niemowlęcia jest zmiana pieluszek po każdorazowym zmoczeniu. Bywa tak, że matki suszą zmoczone pieluszki i używają je kilkakrotnie bez prania. Tu również pielęgniarka uczy matkę, że następstwem tego są choroby skórne, poza tym zaś rozkład moczu zanieczyszcza powietrze, którym dziecko oddycha. Należy pouczyć matkę, że pieluszki muszą być wygotowane, a przed użyciem wyprasowane. To samo dotyczy również bielizny dziecka. Dziecko nie może spać z dorosłymi, musi mieć własne łóżeczko. W razie braku można go zastąpić zwykłym koszem od bielizny.

Mieszkanie, w którym dziecko przebywa, musi być często wietrzone. Na każdym kroku spotyka się dziecko poowijane w poduszki w mieszkaniu o bardzo wysokiej temperaturze. Przytoczę tutaj przy-

kład: w marcu wezwano nas do chorego dziecka we wsi, oddalonej od naszego Ośrodka o 3 klm. Pokój, w którym leżało chore dziecko miało dosłownie temperaturę łaźni. Przy otwartym piecu, gdzie palił się ogień, głową tuż przy drzwiczkach — leży dziecko. Z wywiadu wynika że maleństwo trochę kaszle i nieznacznie gorączkuje od kilku dni. Matka obawia się ciężkiego zaziębienia, więc wygrzewa dziecko przy piecu. Dziecko rzeczywiście często chorowało na zapalenie oskrzeli. Powiedziałam, że jednym z powodów tej choroby jest właśnie nadmierne ciepło tego pokoju, że dziecko na skutek ciągłego wygrzewania nie jest odporne na choroby i będzie ciągle chorowało, jeśli matka nie zastosuje się do podanych wskazówek. Winna tu jest nie lekkomyślność, nie brak dbałości o dziecko, ale przede wszystkim brak uświadomienia.

Wyżej podane przykłady ilustrują i uzasadniają rolę poradni — rolę uświadamiająco-wychowawczą.

ZADANIA PORADNI „C"

Niemniej ważna jest działalność poradni dla kobiet ciężarnych, tzw. poradni „C". Najczęściej sprowadzają kobietę objawy chorobowe, brak apetytu, lekkie obrzęki nóg, zawroty głowy, próchnica zębów i inn. Pielęgniarka w poradni wraz z pielęgniarką społeczną dbają, aby każda kobieta odwiedziła poradnię przynajmniej dwa lub trzy razy w okresie ciąży.

Należy pamiętać, że w czasie wizyty bardzo ważne jest badanie nerek, serca, płuc i uzębienia. Poradnia kieruje ciężarną do prześwietlenia narządów klatki piersiowej, kontroluje ciśnienie krwi, a także pobiera krew na odczyny kiłowe. Lekarz ustala, czy istnieją warunki do odbycia normalnego porodu, w wypadkach niekorzystnych (wadliwa budowa miednicy, nieprawidłowe położenie płodu) zaleca odbyć poród w szpitalu. Obowiązkiem pielęgniarki w poradni „C" jest uświadamianie matek, jak należy zachować się w czasie ciąży, aby nie zaszkodzić sobie i dziecku.

PRACA PROPAGANDOWA W PORADNI DLA MATEK I DZIECKA

Praca propagandowa w poradni dla matki i dziecka ma na celu szerzenie zasad higieny i podniesienie zdrowotności wsi, w wielkiej mierze przez wygłaszanie pogadanek, dotyczących higieny kobiety ciężarnej i dziecka. Pogadanki odbywać się mogą w szkołach, poradni lub domach ludowych. Dalej urządzanie pokazów z zakresu pielęgnowania niemowląt i organizowanie kursów „dla młodych matek". Oprócz tego, należy korzystać z materiałów propagandowych. I tak np. nasz Ośrodek Zdrowia w ciągu ubiegłego roku wydał matkom 250 egzemplarzy książki pod tytułem „Nasze Dzieci" (wydawnictwo szwedzkie, przydzielone nam przez Ch. T.P. D.). Każda matka, która zgłaszała się z dzieckiem po raz pierwszy otrzymała książkę, potwierdzając jej odbiór. Obecnie wydajemy broszurki dr. Kołaczyńskiej pt. „Wiejska Matka".

Dla celów propagandowych mogą być użyte afisze, którymi ozdabiamy poczekalnię. Treść ich musi odpowiadać zagadnieniom opieki nad matką i dzieckiem. Na stole w poczekalni położymy czasopisma, broszurki, a także gazety. Prasa dzisiejsza poświęca dużo miejsca matce i dziecku. Organizujemy bibliotekę poradni, zaopatrzoną w różnego rodzaju książek, broszury i czasopisma, z których matki mogłyby czerpać potrzebne im wiadomości.

Dużą rolę propagandową w naszym Ośrodku Zdrowia odgrywa „ścienna gazetka zdrowia". Jest to dość duża tablica drewniana, na której przypina się artykuły dotyczące zagadnień zdrowia, prawie codziennie wycinane z gazet.

My pielęgniarki, pracujące w poradniach dla matki i dziecka, powinnyśmy dołożyć wszelkich wysiłków, aby przez swą pracę wzmocnić ochronę macierzyństwa i zdrowia dziecka.

Irena Pigłowska

W SZKOLE I NA KURSIE

Warszawa

Dnia 21 października 1950 r. Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa Nr 2 w Warszawie przy ul. Wilczej 9 obchodziła uroczystość wręczenia dyplomów absolwentkom III kursu.

Dyplomy otrzymały:

Balukiewicz Mirosława
Bunkiewicz Zofia
Burszewska Zofia
Czartoszewska Eugenia
Dąbrowska Stanisława
Derwińska Leokadia
Domańska Danuta
Drabent Stanisława
Fopp Joanna
Głuszek Bogumiła
Goral Teresa
Grąbczewska Stefania
Harmatys Zofia
Inowacka Irmina
Jania Halina
Jaworska Krystyna
Jóźwiak Krystyna
Kandefer Janina
Konikowa Edyta
Kotarska Alina
Kowalska Maria



Kuczyńska Krystyna
Kułkiewicz Helena
Kumek Jadwiga
Lewadowska Salomea
Lewosińska Jadwiga
Lipiec Krystyna
Majczyna Wiesława
Markowiecka Stefania
Mastalska Genowefa
Matysiak Helena
Michalak Barbara
Michnowska Danuta
Nowicka Maria
Ocipka Wacława

Purtak Krystyna
Pietrzak Natalia
Rokicka Maria
Sadaj Eleonora
Sadoch Zofia
Starzyk Alicja
Starzyk Jadwiga
Stypułkowska Janina
Szczepańska Zdzisława
Świderek Laura
Turowska Teresa
Werla Danuta
Zielińska Henryka
Zielińska Alicja
Żórawska Czesława



Na uroczystość przybyli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Wydziału Zdrowia Miejskiej Rady Narodowej, PZPR, Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, ZMP i zaproszeni goście.

Poniżej zamieszczamy wyjątki z przemówienia dyrektorki Szkoły, Róży Krotoszyńskiej.

„... Wiemy o tym, że toczy się walka w kraju pomiędzy starym a nowym. Walka ta toczy się na każdym odcinku naszego życia. To, co było wczoraj nowe, postępowe — często dzisiaj jest już przestarzałe. Te normy pracy, które wykonywali robotnicy-przodownicy pracy, są już dziś przestarzałe i robotnicy sami występują o podwyższenie tych norm. Ta walka ma również swoje odbicie i na naszym odcinku, na odcinku ochrony zdrowia.

Większość z was pracuje już samodzielnie w Państwowym Szpitalu Klinicznym i tu własnymi oczami zobaczyłyście pracę pielęgniarek, które spełniały swoje obowiązki w oderwaniu od tego, czym żyje nasz kraj i cały świat, pod pozorem apolityczności odseparowały się od życia, od mas pracujących, od wszystkiego, co jest nowe i postępowe.

Trzeba, abyście wy, młode kadry pielęgniarskie, które otrzymały w naszej szkole podstawowe wiadomości społeczne i zawodowe, umiały dalej je rozwijać, i w wielu wypadkach należycie oddziaływać na stare kadry. Trzeba, abyście od starych kadr pielęgniarskich przejęły to wszystko, co jest dobre, a umiały odrzucić to wszystko, co jest złe, zaśniedziałe, zrutynizowane, oparte często na przesądach klasowych i religijnych....

... Trzeba, abyście się włączyły w nurt życia społeczno-politycznego naszego kraju, abyście aktywnie pracowały w radach kobiecych, w związkach zawodowych, w ZMP, abyście stanęły w pierwszych szeregach bojowników o pokój. Bierzcie czynny udział we współzawodnictwie, bowiem współzawodnictwo jest szlachetnym orężem walki o dobrobyt.

Pracując w szpitalach i ośrodkach ochrony zdrowia obok starych i doświadczonych pielęgniarek, spotkacie młode z niższym cenzusem i niższym przygotowaniem zawodowym, córki robotników i chłopów, które zdobyły wiedzę zawodową i pracują z całym oddaniem i poświęceniem dla naszego kraju.

Uczcie wasze młodsze koleżanki i pomagajcie im w pracy!...

**
*

POD ZNAKIEM POKOJU

Uczennice Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa w Poznaniu na masowym zebraniu, które odbyło się w dniu 16.XI.1950 r. pragnąc uczcić II Światowy Kongres Pokoju i wyrazić głęboką radość, że Kongres odbywał się w Warszawie, postanowiły na okres 2—ch tygodni zaciągnąć **Warty Pokoju** na terenie szkoły oraz na szpitalnych placówkach szkoleniowych.

Oto co piszą uczennice: „W czasie trwania Wart Pokoju, starałyśmy się pracować lepiej, staranniej, dokładniej, podnosząc dyscyplinę nauki i pracy, dbając o wzorową czystość internatu i szkoły.

Nauczyłyśmy się pracować sumiennie nie tylko pod okiem instruktorek, lecz i wówczas, gdy nikt nie kontrolował naszej pracy. Pousuwałyśmy wszystkie niedociągnięcia. Dążyłyśmy również do tego, ażeby chorzy czuli się jak najlepiej pod naszą opieką. Starałyśmy się, udoskonalając naszą pracę, zdobywać postawę socjalistycznej pielęgniarki.

W Wartach Pokoju brały udział zarówno członkinie Z.M.P. i L.K., jak i wszystkie koleżanki niezorganizowane. Nad całością czuwały „Dwójki Lekkiej Kawalerii“ Z.M.P.

Zadanie zostało wykonane w 100%, wszystkie bowiem rozumiemy, że nasza praca jest także wkładem w walkę o pokój na całym świecie, że wzmożona nauka i praca polskiej młodzieży — to odpowiedź podżegaczom wojennym na ich próby zakłócenia pokoju.

Jesteśmy dumne, że należymy do wielkiego obozu pokoju, któremu przewodzi Związek Radziecki ze swym wielkim wodzem, Generalissimusem Stalinem na czele.

Wzywamy koleżanki wszystkich Szkół Pielęgniarstwa w Polsce do podjęcia Wart Stalinowskich z okazji minionej 71 rocznicy urodzin wielkiego Stalina, nieugiętego bojownika o socjalizm i pokój, aby dać tym wyraz swej solidarności ze światowym obozem pokoju, wyraz gotowości do walki w jego szeregach“.

Katowice

Jednym z wielu Ośrodków Szkolenia Młodszych Pielęgniarek PCK jest wzorowo prowadzony Ośrodek w Katowicach.

Dzięki ogromnemu nakładowi pracy dyrektorki tego Ośrodka, ob. Mroczkowej i całego personelu, uczennice czują się tu bardzo dobrze.

Czysty, doskonale utrzymany internat, bogato wyposażona sala demonstracyjna i świetlica spełniają swoje zadania wychowawcze

Nauka i praca społeczna wypełniają wprawdzie większość czasu, jednak bywają i chwile wolne, a wówczas kurs udaje się na wycieczkę.





KRONIKA

Przed I Ogólno krajowym Zjazdem Polskiego Czerwonego Krzyża w całym kraju odbywały się wybory do władz terenowych PCK na zjazdach powiatowych i wojewódzkich tej organizacji.

Na uroczystościach zjazdowych wystąpiły uczennice Ośrodków Szkolenia Młodszych Pielęgniarek PCK z krótkimi przemówieniami oraz pokazami pielęgniarskimi.

Jako społeczny aktyw Polskiego Czerwonego Krzyża, zobowiązały się do stałej współpracy z tą organizacją, do szerzenia jej ideologii, do walki o pokój i zdrowie człowieka pracy.



(Foto Olejniczak, Łódź)

Uczennica Łódzkiego Ośrodka Szkolenia Młodszych Pielęgniarek PCK, wygłasza przemówienie na zjeździe wojewódzkim PCK.

Kętrzyn

Bardzo ożywioną działalność przejawia w swej pracy społecznej Szpital Powiatowy w Kętrzynie.

Pracownicy Szpitala Powiatowego w Kętrzynie biorą bardzo czynny udział w akcji realizacji hasła „łączności miasta ze wsią“, w akcji pogłębiania przyjaźni polsko-radzieckiej, oraz akcji repolonizacji i likwidacji analfabetyzmu na terenie swego powiatu.

Pozatem, dyrektor tego Szpitala, dr Leon Załucki uruchomił ostatnio kurs dokształcający dla pielęgniarek i salowych. Wykłady te prowadzone przez